

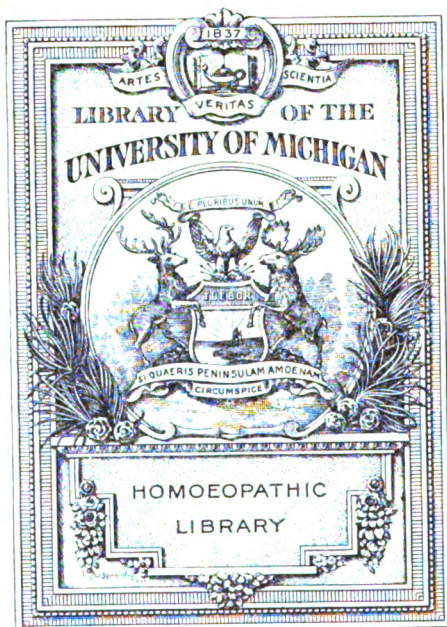
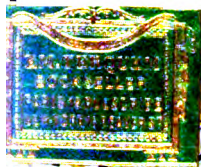


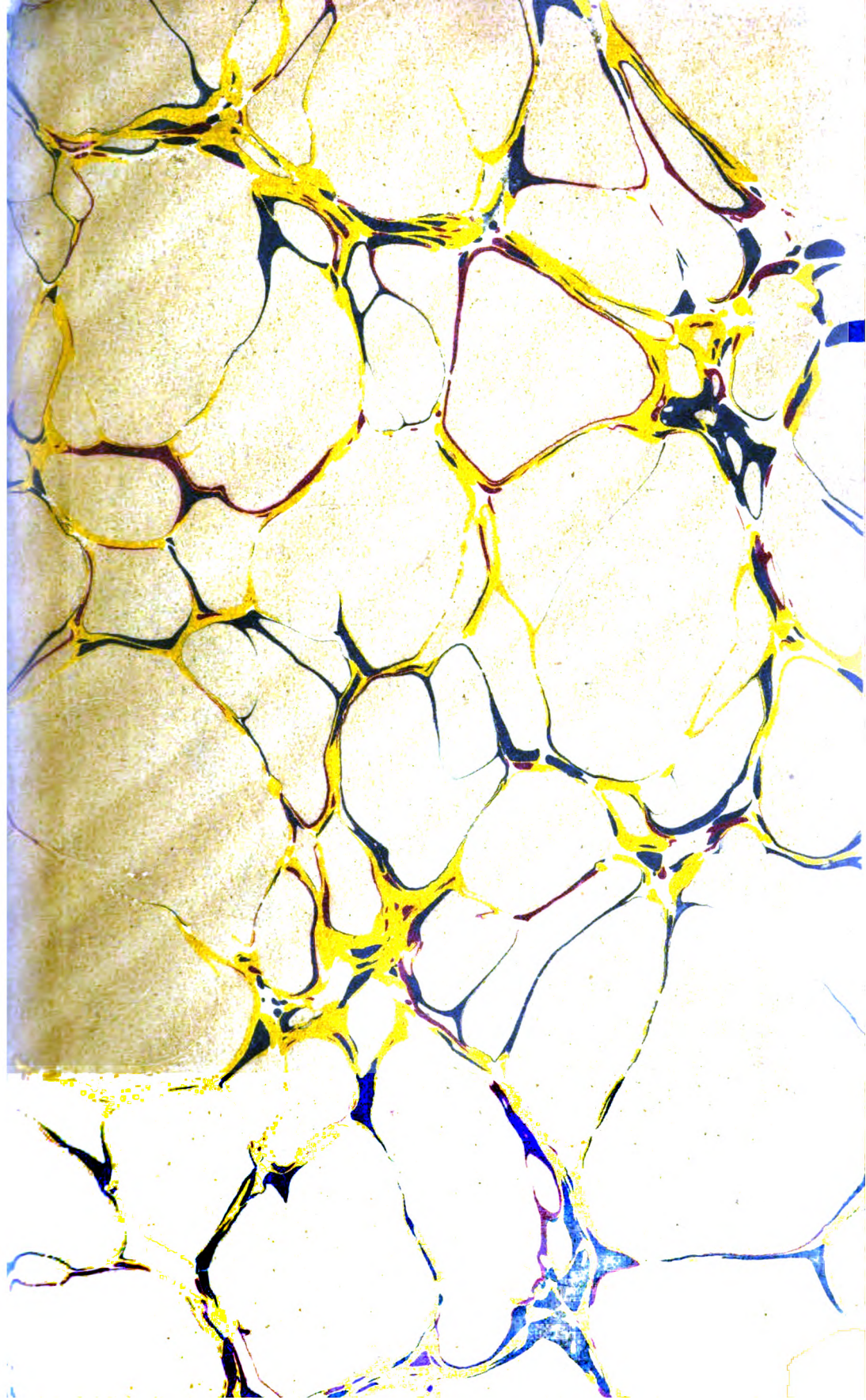
B

3 9015 00223 533 4

University of Michigan - BUHR







H 610.5

478

215



L'ART MÉDICAL



L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE	
HISTOIRE NATURELLE	NOSOGRAPHIE
ANATOMIE	ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE	SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE	
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES	

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE

TOME XCVI

PARIS

AU BUREAU DU JOURNAL

241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

1903

L'ART MEDICAL

JANVIER 1903

THERAPEUTIQUE GÉNÉRALE

En 1880, le professeur Bouchard, dans une notice qui sert de préface à la Thérapeutique de Nothnagel et Rossbach, a exposé ses idées sur la thérapeutique. Après avoir exprimé l'indifférence qui règne à notre époque pour les doctrines et en particulier l'effacement presque complet de la thérapeutique, il résume de la manière suivante la conception qu'il se fait de ce couronnement de la médecine.

Il y a, dit-il, une *thérapeutique pathogénique* qui s'efforce de saisir la cause prochaine de la maladie et de détruire cette cause ; mais, comme dans l'état actuel de la science médicale nous ne connaissons pour ainsi dire la cause prochaine d'aucune maladie, le médecin est autorisé à faire des hypothèses et c'est contre ces hypothèses qu'il dirige sa thérapeutique. Quelquefois, il est vrai, ajoute le professeur Bouchard, on fait naufrage en suivant cette route, mais d'autres fois on arrive au port.

En second lieu, Bouchard place la *thérapeutique naturiste*, qui consiste à étudier la marche naturelle des maladies, à connaître les symptômes qui annoncent et préparent la guérison, à favoriser cet effort de la nature *médicatrice*. ou tout au moins à se garder de toute médication perturbatrice, qui pourrait troubler l'œuvre de la nature. Tout le monde reconnaît dans cette thérapeutique l'*hippocratismes*.

Vient ensuite la thérapeutique *symptomatique*, qui ignore la maladie comme la cause, voit le symptôme et le combat par son contraire.

Bouchard appelle cette thérapeutique *physiologique* quand, devenue plus savante, elle analyse la physiologie du symptôme et aussi l'action physiologique du médicament, et ainsi applique scientifiquement et d'une manière beaucoup plus certaine le médicament qui doit détruire le symptôme.

Puis vient la thérapeutique *empirique* : elle consiste à appliquer au traitement des maladies les médicaments et les médications, dont l'expérience personnelle et traditionnelle a démontré l'efficacité.

La thérapeutique *statistique* n'est en somme qu'une méthode propre à vérifier par la *numération* des cas, l'efficacité ou l'inefficacité d'un traitement. Ce n'est point à proprement parler une thérapeutique.

En résumé, si nous laissons de côté le naturisme ou hippocratismes qui n'est que de la médecine expectante et l'empirisme qui n'a rien de scientifique et ne doit être accepté que quand il est impossible à remplacer par une thérapeutique meilleure, il reste de l'exposé du professeur Bouchard deux thérapeutiques : la thérapeutique *symptomatique*, de l'aveu de tous la plus mauvaise, et la

thérapeutique *pathogénique* qui, pour le professeur Bouchard, est la thérapeutique de choix, celle de l'avenir.

Il n'est pas nécessaire de réfléchir longuement pour comprendre que cette doctrine se résume toute entière dans le Galénisme. C'est par excellence une thérapeutique *étiologique*, celle qui a pour but la destruction de la cause prochaine pour arriver à la guérison de la maladie.

Cette doctrine de la thérapeutique *étiologique* a hanté de tout temps les plus grandes intelligences médicales, elle est tellement séduisante : « *sublata causa, tollitur effectus* » ; Hippocrate lui-même a eu cette tentation ; à propos de la loi des contraires il dit : « Si on connaissait la cause des maladies, on serait en état d'administrer ce qui est utile, prenant dans les contraires l'administration du remède. (Trad. Littré, t. VI, p. 93, § 1).

« Si on connaissait toujours la cause des maladies » ; mais comme on ne la connaît pas, Hippocrate, guidé par son génie médical, dit : « Autre chose : la maladie est produite par les semblables et par les semblables qui l'ont faite le patient revient de la maladie à la santé. Ainsi, ce qui produit la strangurie qui n'est pas, guérit la strangurie qui est ; la toux, comme la strangurie, est causée et enlevée par la même chose : les semblables guérissant les semblables ». (Loc. cit., p. 236 à 237, § 12).

Le professeur Bouchard, placé en face du même problème qu'Hippocrate, dit presque dans les mêmes termes : « Pour que la thérapeutique pathogénique pût être appliquée, il faudrait que les causes et surtout la cause prochaine de toute maladie fût connue. » (Page 12).

« Si on connaissait la cause prochaine » ; on ne la connaît pas ; que faire ? « On imagine cette cause, on se figure sa nature ; on se fait une théorie plus ou moins vraisem-

blable, et de cette vue systématique on déduit avec aisance des indications thérapeutiques. » (Page 13).

Il est inutile de faire la critique de cette exposition, le professeur Bouchard l'a faite lui-même; la thérapeutique pathogénique jusqu'à ce jour n'est qu'une thérapeutique hypothétique, et peut-elle être autre chose? Nous ne le croyons pas. La thérapeutique pathogénique vise, en effet, la cause prochaine de la maladie, et la cause prochaine n'est que la maladie *en puissance* avant d'être *en acte*. La maladie en puissance, qu'est-ce? une disposition de la cellule à être malade d'une manière définie, une prédisposition définie à la maladie. Or c'est un non sens d'enseigner qu'un médicament est le contraire d'une prédisposition; aussi les partisans de la thérapeutique pathogénique professent que la cause prochaine des maladies infectieuses est le microbe, erreur que nous avons réfutée bien des fois, et qui n'est plus guère soutenue aujourd'hui.

L'année dernière, j'ai publié un *Essai de Constitution de la thérapeutique*; dans ce travail, je crois avoir démontré la vérité de la doctrine hippocratique, qui pose pour base de la thérapeutique l'aphorisme : *natura medicatrix*, qui considère le médecin comme le *ministre* de la nature, qui fixe ses droits et ses devoirs dans cette formule : « l'indication est la nécessité évidente d'une action déterminée », qui, au point de vue thérapeutique, distingue deux ordres de faits pathologiques : ceux dont la cause est connue et saisissable et qui sont régis par la *loi des contraires* (telles les affections chirurgicales et la médication palliative), ceux dont la cause est inconnue et dont les indications se tirent de la *loi des semblables*.

Il nous semble avoir démontré encore l'erreur pro-

fonde du Galénisme, qui prétend dompter la maladie par ses contraires, qui, au lieu de limiter la loi des contraires à la chirurgie et à la thérapeutique palliative, a voulu en faire la règle absolue de toute la thérapeutique.

Je crois encore avoir démontré que cette erreur de Galien avait eu pour résultat de créer dans la tradition une thérapeutique hypothétique, variable et contradictoire, comme les systèmes qui ont régné sur la cause prochaine des maladies.

Ce travail a reçu du monde officiel, professeurs, membres de l'Académie de médecine, médecins des hôpitaux, un accueil et des acquiescements auxquels j'étais loin de m'attendre. Et cependant, à lire les travaux thérapeutiques qui se publient chaque jour, rien ne semble changé dans les doctrines qui inspirent les médecins depuis Galien. La thérapeutique *étiologique* est toujours en honneur et la grande lumière jetée par l'école de Pasteur, sur le rôle des microbes pathogènes et de leurs toxines ; ses travaux de laboratoire qui nous montrent le même microbe et ses toxines, causant la maladie puis engendrant l'immunité et la guérison ; jouant tantôt le rôle de la cause instrumentale de la maladie et tantôt celui de sa guérison, toutes ces grandes choses qui auraient dû changer et qui changeront certainement un jour la thérapeutique, sont comme non avenues pour la plupart des médecins qui parlent et écrivent aujourd'hui. Ils semblent n'avoir rien appris, ils restent dans leur système et s'efforcent de plier la thérapeutique nouvelle aux doctrines surannées de la thérapeutique étiologique. (*Thérapeutique des maladies infectieuses*).

Le chapitre que M. Roger a consacré à la thérapéu-

tique, dans son ouvrage sur les maladies infectieuses, ne fait guère que reproduire les enseignements du D^r Bouchard, et il semble vraiment qu'on pourrait appliquer à nos thérapeutistes contemporains, ce mot bien connu : « ils n'ont rien appris ni rien oublié. »

Comme son maître le professeur Bouchard, le D^r Roger admet une thérapeutique *pathogénique*, une thérapeutique *physiologique* et une thérapeutique *symptomatique* ; il y ajoute, il est vrai, une thérapeutique *spécifique*, qui n'est du reste qu'une forme de la thérapeutique pathogénique. La thérapeutique *pathogénique* se confond elle-même avec la thérapeutique *physiologique* et *naturiste*, en sorte qu'en dernière analyse nous arrivons, comme pour le professeur Bouchard, à une thérapeutique *pathogénique* et une thérapeutique *symptomatique*.

Toutes ces thérapeutiques s'inspirent d'une seule loi d'indication, la loi des contraires, elles sont franchement étiologiques. « S'adresser à la cause animée qui provoque l'infection, c'est faire de la médication étiologique ; s'adresser aux toxines par lesquelles agit le germe morbifique, c'est faire de la médication pathogénique, qui est encore la thérapeutique étiologique. » C'est en un mot faire l'application du vieil adage : *sublata causa, tollitur effectus*.

A ce propos M. Roger s'étend avec complaisance sur l'asepsie chirurgicale et, là, il est dans le vrai parce que la cause des accidents pyohémiques est connue, saisissable et qu'elle peut être détruite avant son introduction dans l'organisme.

« La bactériothérapie est une méthode thérapeutique qui a pour but de combattre l'infection par l'infection. » Si M. Roger s'illusionne à ce point de croire que cette formule s'applique à la loi des contraires, c'est le signe d'un

aveuglement qui je crains est incurable. Traiter l'infection par l'infection c'est appliquer la loi de similitude ou les mots de la langue française n'ont plus de sens.

Mais le nœud de la question n'est pas là : les microbes atténués peuvent bien en effet, conférer l'immunité, mais ils n'ont pas d'action thérapeutique ; ce sont les toxines qui, transformées par un organisme vivant, acquièrent la puissance thérapeutique et peuvent guérir les maladies qu'elle produisent.

Ce fait, ainsi énoncé, n'est pas contesté et paraît bien évidemment être une application de la loi de similitude, mais la plupart des médecins contemporains ignorent plus ou moins la loi de similitude ; leur intelligence est tournée d'un tout autre côté. Ils sont habitués à juger en thérapeutique par la loi des contraires. Ils ont apprécié les bienfaits de la sérumthérapie à *travers les lunettes de Galien* : il y avait une toxine il leur fallait une antitoxine pour y opposer. Là est toute la question : le sérum curateur des maladies infectieuses est-il ou n'est-il pas une antitoxine ?

Ces expressions de toxine et d'antitoxine ont le tort d'être des métaphores, et si nous voulons arriver à une démonstration absolument convaincante, il faut nous débarrasser tout d'abord de ces expressions figurées qui, au lieu de représenter les faits tels qu'ils sont, répondent à des erreurs et à des préjugés. Le microbe pathogène agit par ses sécrétions, voilà le fait ; on appelle cette sécrétion une toxine, voilà la métaphore.

Un poison minéral ou végétal, pour prendre l'expression en son sens propre, est une substance qui lèse ou tue, suivant ses doses, la cellule vivante.

Le produit de sécrétion microbienne est une substance qui, à l'opposé de la précédente, est obligée de compter avec la résistance de la cellule vivante. Cette cellule n'est jamais passive et dans le processus morbide, elle accepte ou rejette l'action du microbe et de son produit; et, si elle accepte cette action, c'est avec des différences, des degrés qui tiennent bien plus à la nature de la cellule vivante qu'à la dose du poison. L'arsenic, l'atropine à dose suffisante tuent toujours le cellule vivante; une culture tuberculeuse, ou une culture de la morve quel que soit leur degré d'activité, rencontrent des cellules animales qui leur résistent complètement, d'autres qui sont lésées à des degrés différents et ces degrés d'action varient avec l'espèce de l'animal et la nature particulière de l'individu dans la même espèce.

Les poisons proprement dits et les produits des microbes pathogènes ont donc des actions absolument différentes. Pourquoi les appeler du même nom?

Les poisons proprement dits agissent comme *cause externe*, analogue au traumatisme; ces causes ne déterminent pas des maladies, mais des *lésions* qui ont leur loi particulière.

Les microbes pathogènes, au contraire, sont soumis à la prédisposition définie; ils n'agissent que s'ils ont un *bon bouillon* ou un *terrain* convenable, ils produisent des *maladies* et non des *lésions*; et ces maladies dans leur évolution, dépendent avant tout de la nature de la cellule vivante. C'est là la grande vérité qu'on oublie trop aujourd'hui et qui va nous aider à faire comprendre le rôle des sérums thérapeutiques, sérum qui n'ont rien de l'antidote. Les appeler des antitoxines; s'est non seulement faire une métaphore, mais de plus consacrer une erreur

extrêmement grave; l'assimilation d'un sérum avec un antidote. La phrase de Paul Louis Courier est éternellement vraie: « Jésus délivrez-nous du malin et de la métaphore ».

Ceci posé, déterminons les conditions dans lesquelles se produit le sérum thérapeutique, fixons ses caractères et examinons si oui ou non on doit en faire un antidote, une antitoxine.

La cellule vivante, avons-nous dit, fait sa guérison à l'aide de la phagocytose ou des propriétés bactéricides des humeurs, peu importe pour le moment. Toujours est-il que la guérison s'accompagne de ce phénomène remarquable: le milieu vivant devient impropre à la vie du microbe pathogène qui a été l'instrument de cette maladie, et, — fait extrêmement remarquable —, le sérum des convalescents conserve pendant un temps plus ou moins long des propriétés immunisantes et curatives vis-à-vis de la maladie, dont l'organisme est convalescent.

La sérumthérapie s'est inspirée de ce fait. Par une technique savante, elle a immunisé des animaux contre une maladie déterminée; pendant des mois, à dose progressive elle a injecté un produit microbien, et au bout d'un temps variable, mais toujours long, le sérum de cet animal s'est trouvé doué de propriétés immunisantes et thérapeutiques comme le sérum des convalescents; avec cette différence que, sur l'animal, on a pu multiplier les injections et augmenter les doses du produit microbien de manière à produire un sérum extrêmement actif. C'est ce sérum qu'on emploie dans le traitement des maladies.

Nous avons vu que le microbe pathogène ne produisait la maladie qu'avec le concours et sous la direction de l'or-

ganisme, nous allons voir que le sérum n'exerce ses propriétés immunisantes et curatives que par l'intermédiaire de la cellule vivante, qu'il ne détruit pas directement le microbe et ses produits, mais qu'il modifie l'organisme, en change les dispositions, en fait un *terrain* stérile, et un bouillon impropre à la culture microbienne.

L'*immunisation* est par sa nature un procédé semblable à la guérison. Quelles sont les conditions de l'immunisation *active*, celle qui se fait à l'aide du bacille atténué ? Elle demande quatorze jours pour être complète et à ce moment la matière vaccinante est totalement éliminée de l'organisme (Bouchard), enfin cette immunisation est de longue durée, quelquefois définitive. Il est impossible dans ce fait de trouver place pour une antitoxine luttant contre une toxine, puisque l'immunisation n'est complète que quand la matière vaccinante, l'antitoxine, a cessé d'être présente dans l'organisme. L'immunisation est donc bien due à une modification de l'organisme produite par la matière vaccinante, non à cette matière vaccinante elle-même, puisqu'elle est disparue. C'est du reste l'opinion du professeur Bouchard.

L'*immunisation passive* se fait à l'aide des sérums, elle est instantanée et sa durée est courte ; mais si courte que soit cette durée, elle est assez longue pour persister alors que le sérum vaccinant est éliminé depuis longtemps.

Son mécanisme, du reste, semble dû à une augmentation considérable de la phagocytose qui ne permet pas aux microbes pathogènes de se développer. Dans ce second mode d'immunisation, rien encore de qui ressemble à un antidote, puisque la matière immunisante est éliminée, et que le mécanisme de l'immunisation est dû à une modification de l'organisme.

De même que l'immunisation est due à une modification de l'organisme sous l'influence d'un vaccin, de même la guérison est due à une modification de l'organisme sous l'influence d'un sérum.

Comment agit ce sérum, et présente-t-il le caractère d'un antidote et d'une antitoxine ?

Les partisans de la nature antitoxique des sérums ont soutenu que leur action était toute chimique et qu'*in vitro* le sérum thérapeutique et le produit du microbe pathogène se neutralisaient. C'est là une erreur.

Cette erreur est due à certaines expériences incomplètes qui semblaient établir que le mélange d'un sérum thérapeutique avec une toxine microbienne, *in vitro*, détruisait l'action de cette toxine. Mais on n'a pas tardé à constater qu'il n'y avait là qu'une simple apparence et que le mélange qui était inoffensif pour certains cobayes, recouvrait toute son activité pour d'autres. M. Roux lui-même dit qu'il n'y a pas dans ces faits la netteté d'une réaction chimique.

Mais l'histoire des venins et des sérums antivénimeux fournit une démonstration très nette de la non combinaison des deux substances et de leur simple *accolement*.

Si on mélange *in vitro* un venin de serpent et un sérum antivenimeux en quantité déterminée, ce mélange devient inoffensif ; mais si on porte ce mélange à 70°, le sérum antivenimeux est détruit par cette température et le venin reprend toute son activité. Il n'y a donc point là une véritable combinaison chimique, mais un simple *accolement* de deux substances, puisque le venin reprend toute son activité, quand la chaleur a détruit le sérum antivenimeux.

Le fait suivant est encore plus démonstratif. Si, chez un

animal immunisé, on retire, par des saignées successives, la totalité du sang en le remplaçant, chaque fois par le sang défibriné d'un animal sain et de même espèce, pour que la vie se conserve, le sérum de l'animal dont on a ainsi renouvelé toute la masse de sang conserve ses propriétés thérapeutiques. Cette expérience est une démonstration très nette de l'origine cellulaire du sérum thérapeutique, puisqu'il continue d'exister même quand la masse entière du sang a été renouvelée. Le sérum thérapeutique ne peut donc, en aucune façon, être comparé à un antidote contenu dans le sang de l'animal vacciné, puisqu'il continue d'exister même quand le sang, et par conséquent tous les matériaux qu'il contient, ont été évacués et remplacés par le sang d'un animal non vacciné.

Enfin les expériences d'Arloing sur l'action comparée de la toxine diphtéritique et du sérum de Roux viennent confirmer notre opinion sur l'action des sérums curatifs. Voici ces expériences : Arloing a limité ses recherches à l'étude de la toxine diphtéritique et du sérum de Roux sur la circulation, la respiration et la pression artérielle produites par ces deux substances. Toutes les deux augmentent le nombre des respirations et des pulsations et font baisser la pression artérielle, avec cette légère différence que la toxine accélère davantage le pouls et le sérum curatif la respiration, en même temps qu'il produit une diminution plus grande de la pression artérielle. J'ajoute que, si le sérum est introduit dans l'organisme, lorsque l'animal est déjà très malade, l'action du sérum, loin d'arrêter la toxine, se surajoute et précipite le dénouement fatal. Si donc la toxine diphtéritique et le sérum de Roux agissent dans le même sens sur la respiration, les pulsations et la tension artérielle, si de plus à un certain

moment l'action du sérum s'ajoute à celle de la toxine pour tuer l'animal, je ne vois pas comment on peut soutenir que ces deux substances sont antidotaires et ont une action contraire. C'est, du reste, la conclusion d'Arloing : « on ne peut donc comparer cette action à un antagonisme vrai ou faux, tel qu'on le comprend en thérapeutique générale : elle se rattacherait plutôt à l'action synergique des médicaments », lisez à l'action homœopathique.

En résumé, la chimie ne démontre pas les propriétés antitoxiques des sérums immunisants et thérapeutiques. L'observation attentive des faits démontre que les sérums, qu'ils soient pathogènes, immunisants ou thérapeutiques, n'agissent que par l'intermédiaire de l'organisme. Enfin l'aggravation produite par des sérums thérapeutiques administrés tardivement, et l'action curative de certains sérums *normaux* démontrent la fausseté de l'opinion qui fait des sérums des antitoxiques, au lieu de les considérer comme des liquides produits d'un organisme, modifiés lui-même par la toxine qu'ils sont destinés à combattre.

Concluons donc que la thérapeutique pathogénique considérée comme la thérapeutique de l'avenir est du galénisme pur. Comme cette dernière doctrine, la thérapeutique pathogénique a la prétention de s'adresser à la cause prochaine de la maladie et de la détruire ; c'est le triomphe du *sublata causa tollitur effectus*. Galien a pensé trouver la cause prochaine de la maladie dans l'altération des humeurs ; existe-t-il aujourd'hui un bactériologiste pour soutenir que le microbe pathogène soit autre chose qu'une cause instrumentale ? Tous les bactériologistes n'enseignent-ils pas que l'action du microbe pathogène est soumise à la prédisposition de l'organisme (ter-

rain ou bouillon)? que le microbe pathogène de la morve pas plus que celui du tétanos ne sont la *cause prochaine* de ces maladies, puisque le premier reste stérile sur les bovidés et l'autre sur les galinacés, et que la vraie cause prochaine est la *disposition* à la morve ou au tétanos qui permet l'action du microbe?

Donc la thérapeutique pathogénique reste, comme au temps de Galien une *thérapeutique hypothétique*. Loin d'être la thérapeutique de l'avenir, c'est la thérapeutique du passé.

Le génie d'Hippocrate avait l'intelligence de la difficulté et en avait donné la solution en appliquant la loi des contraires toutes les fois qu'on *connaissait la cause* et la loi des semblables, dans les autres cas, c'est-à-dire dans les maladies dites de cause interne.

(à suivre).

D^r P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

Un nouveau mode d'administration des médicaments, l'injection intra-veineuse, est à l'ordre du jour en ce moment. Nous avons rapporté dans l'*Art Médical* (1) le traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de cyanure de mercure : M. Renault pense obtenir par ce moyen une action plus rapide et plus complète que par

(1) N° d'août 1902, page 116.

la méthode des injections sous-cutanées. Les observations qu'il publie sont, du reste, assez probantes.

Aujourd'hui on fait dans certaines maladies fébriles infectieuses des injections de collargol (argent colloïdal) et nous publierons sur ce sujet une observation toute récente de M. Thiroloix : guérison d'une pneumonie grave chez une vieille femme de 81 ans.

Ce mode d'administration des médicaments a déjà été employé de temps à autres depuis déjà quelques années et nous trouvons dans le compte rendu (1) du Congrès de la Société de médecine italienne tenu à Rome du 28 au 31 octobre dernier, un certain nombre de renseignements sur la question.

Nous reproduirons une partie des communications faites sur ce sujet.

Voici ce que dit M. Mariani (de Gênes), rapporteur, sur la thérapeutique intra-veineuse.

Le 3 janvier 1893, M. le professeur Baccelli, dans un cas de syphilis cérébrale pour lequel tous les moyens employés n'avaient en rien modifié la gravité des symptômes, fit pratiquer une injection de 0 gr. 002 milligr. de sublimé dans les veines, après s'être assuré par une série d'expériences que des chiens de petite taille avaient pu tolérer l'injection de 0 gr. 05 centigrammes de sublimé en solution à 1 0/00 sans autre inconvénient qu'un peu de salivation. Les injections, chez le malade de M. Baccelli, furent continuées pendant quarante-cinq jours : le patient put quitter l'hôpital de 19 février.

La publication de ce cas, ainsi que de deux autres traités la même année (érysipèle et syphilis linguale), sou-

(1) *Semaine Médicale*, 5 novembre 1902.

leva tout d'abord beaucoup de méfiance dans le monde médical. MM. Nothnagel, Caspary, Kaposi craignaient qu'il ne se produisît des lésions des vaisseaux ; et, de fait, MM. Dinkler et Görl constatèrent la formation de thrombus. Mais, d'autre part, MM. Abadie, Neumann, Tommasoli, Ullmann, Angelucci, Maragliano, Patella, Desguin et nombre d'autres expérimentateurs purent employer la même méthode sans aucun accident. MM. Singer et Maragliano l'appliquèrent au traitement du rhumatisme articulaire, M. Lewi à celui du rhumatisme blennorrhagique ; dernièrement M. Baccelli l'a proposée contre l'aphte épizootique.

Il est aujourd'hui hors de doute que les injections intraveineuses de sublimé sont efficaces dans la syphilis et dans quelques autres maladies infectieuses. Toutefois, les recherches instituées pour démontrer expérimentalement cette efficacité parurent toujours répondre négativement.

Il est à remarquer que dans les expériences faites sur les animaux pour traiter des maladies expérimentales (charbon, choléra des poules, etc.), les animaux qui ont résisté le plus longtemps (ils sont tous morts), sont ceux qui ont reçu les doses les plus minimales de sublimé d'où ce aphorisme de M. Baccelli : « *dose maxima, effet minimum; dose minima, effet maximum* ». Nous avons tenu à faire ressortir ce fait d'expérimentation qui est en faveur de nos petites doses.

Voici le *modus operandi*, pour éviter la formation d'un thrombus, complication qui guérit du reste assez rapidement.

Il faut donc choisir une grosse veine, laisser circuler le sang pendant l'injection, pousser lentement le liquide, employer de préférence les solutions de 1/10.000 à 1/5.000,

bien que la solution à 1/1.000 soit inoffensive si l'on respecte les règles énoncées plus haut. Ni les globules rouges, ni les leucocytes ne sont influencés par ces injections; l'hémoglobine est inaltérée, il n'y a pas de modifications appréciables dans le point de congélation.

Voici maintenant quelques résultats soit dans la thérapeutique vétérinaire soit dans la thérapeutique humaine.

On connaît les applications des injections intra-veineuses de sublimé au traitement de l'aphte épizootique. Une statistique, établie tout récemment sur les rapports de 68 vétérinaires chargés de l'enquête, donne 2.303 cas de guérison sur 2.308 cas traités, c'est-à-dire presque 100 pour 100.

L'injection dans le courant sanguin de créosote, d'ergotine et de chloral a été si funeste pour le lapin, même à petite dose, que je n'ai pas osé la tenter sur l'homme.

Le salicylate de soude, introduit dans les veines, donne la mort à la dose de 0 gr. 50 à 0 gr. 75 centigr. par kilogramme d'animal. J'en ai injecté de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigr. à un malade atteint de polyarthrite rhumatismale; malgré le nombre des injections, la température n'a pas baissé et les localisations ne cessèrent pas de se produire.

Le benzoate de soude et le benzoate de lithine sont bien tolérés par le lapin jusqu'aux quantités de 1 à 4 grammes *pro die*; chez l'homme j'ai employé la dose de 1 gramme par jour, sans résultat évidents.

La teinture d'iode, en solution aqueuse à 1 0/0, est bien supportée par les animaux à la dose de 0 gr. 01 centigr.; un tuberculeux en voie de cicatrisation reçut de 0 gr. 02 à 0 gr. 20 centigr. de cette substance; les résultats furent satisfaisants.

•

La solution iodo-iodurée de Durante, toxique pour le lapin à la dose de 5 c. c., est bien tolérée, au contraire, à la dose de 2 c. c. J'ai traité avec cette solution (de 1 à 4 c. c. par jour) un malade atteint d'adénite sous-maxillaire ; la régression de la tumeur fut assez rapide.

L'antipyrine en solution de 1 à 4 0/0 est bien supportée par le lapin à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 80 centigr. par jour. C'est le médicament chez qui le malade m'a donné le plus de succès. En effet, j'ai observé constamment, à la suite de l'injection de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 centigr. d'antipyrine, l'abaissement de la température (de 1° à 1°5). Dans un cas de tuberculose à la dernière période, la fièvre disparut une première fois pour quatre jours, une deuxième fois pour douze jours, après une injection de 0 gr. 40 centigr. de cette substance. Je crois que cette médication pourra être utilement appliquée à d'autres cas analogues.

Le nitrate d'argent en solution aqueuse à 0.10 0/0 est toxique pour le lapin à la dose de 0 gr. 03 centigr. ; mais 0 gr. 04 centigr. est bien toléré. Chez l'homme, on peut injecter de 0 gr. 001 à 0 gr. 002 milligr, sans noter aucun symptôme inquiétant ; toutefois, ce traitement ne fut suivi d'aucun succès dans le seul cas de tabes où je l'ai essayé.

L'alcool en solution à 20 0/0 est mortel pour le lapin à la dose de 12 c. c. par kilogramme. Les doses de 4 et 8 c. c. déterminent la résolution musculaire avec abaissement de la température, immobilité ou mouvements d'ébriété, durant une heure environ ; 1 c. c. d'alcool absolu (5 c. c. de solution) reste sans effet.

J'ai pu m'assurer dans une série de recherches que l'introduction d'alcool dans les veines produit une augmentation de la pression artérielle (de 112 à 116 millimètres).

Chez l'homme, les doses de 0 c.c. 40 à 4 c.c. d'alcool absolu procurent une sensation de bien-être qui dure de deux à quatre heures. Le pouls devient ample et régulier.

La gélatine en solution physiologique (à 2 0/0) alcalinisée avec le carbonate de soude et injectée à la dose de 50 c.c. est bien supportée par le lapin. Les chiens tolèrent des quantités beaucoup plus élevées. L'injection est suivie des effets hémostatiques que l'on connaît. J'ai traité par ce moyen quelques cas d'hémoptysie grave ; en général, l'hémorrhagie cesse rapidement avec 100 à 150 gr. de solution. Je n'ai jamais observé aucun accident ; l'hémorrhagie ne s'est jamais reproduite.

Je n'insisterai pas sur les injections d'oxygène, dont j'ai déjà publié un cas chez l'homme. On peut, sans crainte, introduire lentement dans les veines, chez les lapins et chez les chiens, jusqu'à 5 litres de ce gaz, sans entraîner d'embolie et sans causer la mort de l'animal. L'oxygène injecté est complètement fixé par les globules rouges. L'injection doit être pratiquée très lentement : il ne faut pas injecter plus de 500 c.c. d'oxygène par heure ; cette quantité est parfaitement absorbée dans ce laps de temps.

A propos du traitement de la chlorose et des anémies graves, M. Ascoli (de Rome) dit :

En ce qui concerne les injections ferrugineuses, j'ai constaté que l'hémoglobine et les globules rouges augmentent rapidement après quelques injections ; mais cette augmentation s'arrête à une certaine limite, malgré la continuation du traitement. M. Patella considère les injections de sels de fer comme constituant une méthode d'exception ; je partage son opinion, la voie d'élection restera le tube digestif. Mais pour l'arsenic les faits se présentent autrement.

M. Riva (de Parme) ajoute : J'aurais bien des choses à dire au sujet de la méthode intraveineuse, que j'ai été le premier à appliquer au traitement des cas de chlorose rebelles, au moyen de l'arsenic. Dans ces cas, il faut utiliser l'arséniate de soude. J'admets la nécessité des injections intraveineuses de fer pour les cas d'urgence de chlorose et d'anémie graves, et je voudrais même que l'application de cette méthode fût généralisée, en raison de ses bons résultats et de sa complète innocuité, à tous les cas d'anémie susceptibles d'être traités par les injections intraveineuses. Je ne partage pas les craintes que l'on vient d'exprimer, à propos de l'introduction du citrate de fer dans les veines ; nous pratiquons, à la clinique de Parme, ces injections intraveineuses dans tous les cas un peu graves : jamais elles ne produisent d'accidents ; elles sont demandées même par les malades, à cause de la rapidité de leurs effets.

A propos de la pustule maligne, M. Boari (de Pescia) s'exprime ainsi :

Dans un cas de pustule maligne avec infection généralisée, j'ai pratiqué deux injections intraveineuses de 0 gr. 01 centigr. chacun d'une solution de sublimé à 1 0/0 ; dans un autre cas, j'ai fait trois injections de la même dose, à dix-huit ou vingt heures d'intervalle. La température baissa de 40°4 à 38° dans un cas, à 37° dans l'autre. L'œdème disparut en cinq ou six jours, et la guérison fut rapide, sans aucune complication.

Il y a lieu de continuer ces recherches ; nous sommes en présence d'un mode de traitement nouveau, pouvant donner des résultats dans des cas graves, lorsqu'on voudra avoir une action rapide ; mais dont il faudra se servir avec

toutes les précautions d'asepsie pour éviter les complications.

D^r MARC JOUSSET.

TRAITEMENT DES FIÈVRES ÉRUPTIVES ET DE L'ÉRYSIPELE
PAR LA LEVURE DE BIÈRE

MM. A. Presta et J. Tarruella, de Barcelone, ont traité depuis juin 1901 les fièvres éruptives, variole, rougeole et scarlatine, ainsi que les érysipèles par la levure de bière sèche (1) administrée à la dose de quatre à six cuillerées à café dans les vingt-quatre heures. Les résultats obtenus sont très favorables et l'action de la levure de bière se montre non seulement par la bénignité plus grande de ces maladies chez les sujets traités par ce moyen, mais aussi par des modifications dans la marche de ces affections.

Ils ont traité 43 cas de variole sans une seule mort.

Les varioleux traités dès la période des papules et des vésicules, avec œdème et tuméfaction, surtout à la face, température élevée, phénomènes exanthématiques plus ou moins accentués, etc., évoluent rapidement et régulièrement, en dix à quinze jours, vers la guérison définitive par lysis progressive. La température baisse et devient normale du troisième au cinquième jour, suivant l'intensité du mal ; le nombre des pulsations diminue également. On n'observe dans aucun cas de dissociation de la température et du pouls. L'exanthème subit bientôt l'effet du traitement : les vésicules ne poursuivent pas

(1) *Semaine médicale*, 29 octobre.

leur évolution pyogène. Celles de la face seulement laissent exsuder un liquide séreux légèrement lactescent, qui se dessèche sur la vésicule en formant une mince croûte. Ces croûtes ne confluent pas, d'où l'absence de masque séro-purulent; beaucoup ne produisent pas d'exsudat et se résorbent.

Sur le corps, on ne verrait jamais de vésicules suppurer ni fournir de sérosité : toutes se dessèchent par résorption et la pellicule dermique se kératinise. La rougeur et l'œdème de la face disparaissent complètement en vingt-cinq à quarante heures. Il ne persiste pas de bouffissure du visage, pas plus que des paupières, et les malades conservent leurs traits de physionomie; ils n'éprouvent au visage ni douleur, ni cuisson, comme c'est le cas avec les autres traitements; ils ne ressentent qu'un léger tiraillement de la peau. Aussi voit-on le varioleux pâle, sans plaques congestives, placide et tranquille, assister en spectateur à sa maladie.

L'évolution définitive de l'éruption se produit au dixième ou au douzième jour, par la disparition des petites croûtes séreuses, la peau restant décolorée. Au lieu des ulcérations cicatricielles que l'on remarque dans les cas ordinaires, où elles constituent la trace indélébile de l'*usure* dermique produite par le processus de suppuration, on constate, comme dernière manifestation de l'éruption variolique, des saillies dures, légèrement rosées, sans contenu liquide, semblables à des tubérosités dermiques, qui, au bout de vingt jours tout au plus, disparaissent sans laisser de déformation cutanée. On ne constaterait de perte de substance dans aucun cas.

L'état général va habituellement de pair avec cette rapide évolution des manifestations exanthématiques.

On pourrait objecter que nos confrères ont eu la chance de ne rencontrer que des varioles modifiées par une vaccine antérieure, mais il serait difficile de soutenir cette opinion pour les 43 cas qu'ils ont eu à soigner.

Les suppurations secondaires (furunculose, abcès, adénites), si fréquentes pendant la convalescence de la variole, ont toujours fait défaut chez les malades traités par la levure.

Les modifications de la sécrétion urinaire méritent d'être signalée. Dans les cas où le patient était albuminurique au début du traitement, l'albuminurie, au lieu d'augmenter, disparut à mesure que la guérison progressait. Quand il n'y avait pas d'albuminurie au début, cette complication ne s'est jamais présentée au cours du traitement par la levure. Le taux de l'urine totale et l'élimination azoturique augmentèrent, et vers la fin survinrent des crises de polyurie azoturique.

MM. Presta et Tarruella ont aussi traité de la même façon 28 cas de rougeole et 17 de scarlatine. A part un décès, les effets de dessiccation rapide de l'exanthème morbillieux et scarlatineux (de trente à quarante-cinq heures) se montrèrent également dans ces deux séries de faits. On put y remarquer, comme dans la variole, la prompte disparition des phénomènes exanthématiques (oculaires, naso-pharyngo-bronchiques, quelquefois pulmonaires, entériques, amygdaliens, rénaux, etc.) et l'effacement du tableau général de toxi-infection, avec apyrexie au bout de trente à trente-six heures.

La plupart des observations ont été recueillies en pleine épidémie de ces deux infections, épidémie dans laquelle abondaient les cas mortels; nos confrères eux-mêmes, ayant traité plusieurs malades atteints de rougeole et de

scarlatine par les méthodes classiques, avaient constaté chez eux des évolutions très accidentées (méningisme, broncho-pneumonies, entérites, ophtalmies, angines membraneuses à streptocoque, néphrite fortement albumineuses, accompagnées d'œdèmes), avec une durée moyenne de vingt à trente jours. Par contre, chez les sujets qui prirent de la levure, l'affection qui eut la plus longue durée atteignit le sixième jour ; tous les autres cas évoluèrent en trois ou quatre jours à partir du commencement de l'exanthème.

Enfin, sur 24 cas d'érysipèle que MM. Presta et Taruella ont aussi traités par la levure, les résultats ont été uniformément excellents : l'évolution fut rapide et si bénigne que, lorsqu'on avait fait prendre le médicament dès le début de l'infection streptococcique, la dessiccation, la disparition de la température et du syndrome général au troisième ou au quatrième jour furent la règle. Dans tous les cas, le diagnostic bactériologique avait été fait, avec culture du streptocoque et inoculation expérimentale pour déterminer sa virulence.

Lorsque l'infection fut traitée dans les première quarante heures, on vit constamment la marche envahissante de la plaque érysipélateuse s'arrêter, l'œdème et la rougeur s'effacer progressivement, les ampoules et les vésicules se dessécher et se dérober, la douleur spontanée et la douleur provoquée disparaître. Après quatre jours au maximum, la lésion locale était réduite à une légère plaque de peau infiltrée, indolore et de couleur rosée qui, au sixième jour, s'effaçait complètement, avec desquamation. Le syndrome général se montrait atténué au bout de quarante heures et il prenait fin au bout de trois jours.

Le résultat a été aussi brillant dans les cas déjà avancés, au huitième ou au douzième jour, avec grave syndrome de toxi-infection générale, avec lésion locale énorme et tête monstrueuse, ainsi que dans les érysipèles à forme ambulatoire. L'évolution a été cependant plus longue et a nécessité des médications distinctes pour répondre à des indications secondaires présentant parfois de l'importance (anurie, insuffisance cardiaque, hyperpyrexie, congestion pulmonaire, etc.). Les phénomènes locaux ont toujours évolué progressivement vers la guérison, bien que l'on n'ait fait usage d'aucun topique : tous les moyens locaux avaient d'ailleurs échoué avant le traitement par la levure). L'œdème, la tuméfaction et la douleur ont diminué, les vésicules se sont desséchées jusqu'à complète disparition du sixième au huitième jour, dans les cas de plus longue durée. Il n'y eut de récurrence chez aucun de ces malades, fait important, car quelques-uns d'entre eux étaient d'anciens érysipélateux récidivants.

Nous avons rapporté les résultats de nos confrères espagnols parce que rien ne nous empêche d'administrer la levure de bière à nos malades en même temps que les médicaments que nous avons l'habitude de donner.

D^r MARC JOUSSET.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'APPENDICITE

Cette question est revenue encore dans la séance du 3 décembre de la Société de chirurgie. Il faut reconnaître que le vent semblait à la temporisation parmi nos chirurgiens. M. Reynier rapporte que sur 71 cas qu'il a traité par l'expectation, 59 ont guéri par le traitement médical seul, et qu'il n'a eu à déplorer que 2 décès.

M. Michaux rapporte la statistique suivante : sur 50 malades observés cette année, 5 ont été guéris complètement par le traitement médical, 39 ont été opérés à froid avec succès; 11 ont été opérés pendant la période aiguë, 3 sont morts. M. Potherat n'opère pas l'appendicite après une attaque légère; dans les cas graves, autant que possible il attend pour intervenir à froid : l'année dernière il a opéré 115 appendices, dont 79 à froid sans un insuccès; 36 à chaud, avec 11 morts.

En résumé nous sommes loin de la formule du professeur Dieulafoy, fort heureusement.

D' P. JOUSSET.

ETIOLOGIE

LES ANOPHÈLES ET LA FIÈVRE INTERMITTENTE

FIN D'UNE LÉGENDE.

Grassi, médecin italien, est l'auteur de la légende. Il a publié en 1898 un travail dans lequel il expose que le moustique anophèle, piquant un palludique, absorbe le sporozoaire, alors sous forme de croissant. Dans son estomac l'insecte transforme le croissant en corps sphérique. De ces corps sphériques les uns sont les éléments femelles, les autres les mâles : la fécondation se fait par fusion des deux éléments. L'œuf fécondé pénètre dans la paroi stomacale, y détermine un kyste dans lequel se forment un grand nombre de petits sporozoïdes fusiformes.

A un moment donné, pour un motif d'élection inconnu les

petits sporozoïdes se rassemblent dans les glandes salivaires de l'insecte, et comme l'anophèle en même temps qu'il pique, dégage toujours une petite quantité de salive pour empêcher que le sang ne se coagule, il devient ainsi l'instrument de la contagion de fièvres intermittentes.

M. Laveran et, à sa suite, la plus grande partie des médecins, ont accepté d'enthousiasme cette explication fantastique. L'influence de cette théorie a été déplorable. Au lieu de drainer les terres, de dessécher les étangs, de canaliser les fleuves et les rivières, on a fait la chasse à l'anophèle, à ses larves et à ses nymphes, on a muni les ouvriers de gants et de masques métalliques, à grand frais on a établi des treillages aux ouvertures des maisons pour empêcher l'anophèle d'y pénétrer, et la fièvre intermittente a continué ses ravages.

Voilà des années que nous rapportons dans l'*Art médical* tous les travaux publiés sur ce sujet; nous avons pu constater ce fait très important que la fièvre intermittente régnait dans les pays où il n'y avait pas d'anophèle, que les anophèles pullulaient dans les contrées exemptes de malaria, mais nous avons surtout constaté que dans plusieurs pays, notamment en France et en Angleterre, là où il y a cinquante ans la fièvre intermittente et les anophèles fleurissaient ensemble, la fièvre intermittente a complètement disparu, sans que les anophèles aient diminué. D'où nous avons tiré la conclusion suivante : si les anophèles sont les instruments de la transmission de la fièvre intermittente, comment cette maladie a-t-elle disparu dans les pays où les anophèles ont continué de prospérer? Les anophèles ont sans doute persisté à piquer les habitants, par quel prodige ont-ils cessé de transmettre la malaria des malades aux individus sains?

MM. Edmond et Etienne Sergent ont trouvé dans la banlieue de Paris et principalement dans le Bois de Boulogne des quantités considérables d'anophèles ; ils en ont donné une histoire fort intéressante, mais dont nous ne voulons retenir que les conclusions :

« Il existe donc aux portes de Paris des quantités considérables d'anophèles. Il y a d'autre part à Paris un certain nombre d'anciens paludéens, qui ont contracté les fièvres aux colonies, et ont encore parfois des accès. Et pourtant, il ne sévit pas ici d'endémie pallustre... »

.....

« Il doit donc exister des conditions encore indéterminées, pour que le palludisme puisse s'établir dans un pays, à l'état endémique. » (*Annales de Pasteur*. Décembre 1902, page 946).

Les conditions pour que une endémie de fièvre paludéenne s'établisse, si elles ne sont pas toutes connues, ne sont cependant pas indéterminées. Des eaux stagnantes des marais, des pays où le sous-sol est imperméable, le mélange des eaux douces et des eaux de la mer sont les principales conditions des endémies de malaria.

Pour conclusion nous dirons : qu'en supposant que les anophèles puissent dans quelques cas transmettre la fièvre intermittente, cette condition est bien peu importante, puisque les endémies de malaria disparaissent dans les pays où l'anophèle pullule ; que la condition principale des endémies de fièvre intermittente est une condition tellurique et que l'agriculture ainsi que l'assainissement du sol sont des moyens autrement puissants pour détruire la fièvre intermittente que tous les masques et toile métallique.

D^r P. JOUSSET.

CLINIQUE MÉDICALE

CHUTE DU RECTUM, GUÉRIE PAR PODOPHYLLUM ET ALOÉS.

Le jeune Jacques G... âgé de 2 ans, de bonne santé (1) habituelle, était de temps à autre atteint de prolapsus du rectum, lorsqu'il était constipé ; prolapsus d'un peu de muqueuse très peu important.

Le 4 novembre, je suis appelé parce que depuis trois jours toutes les gardes robes s'accompagnent d'une chute du rectum considérable, qu'elles soient dures ou en diarrhée. De temps à autre même, l'enfant demande à aller sur le vase et le rectum sort sans matières ; ce prolapsus se produit trois à quatre fois par jour, ce qui n'avait jamais eu lieu. Je prescrivis *podophyllum* (3^e trit. déc.) et *aloès* (3^e trit. déc.) en petits paquets de 20 centigrammes alternés, un jour l'un, un jour l'autre, dans trois cuillerées d'eau.

Le 13, je revois l'enfant, les accidents sont devenus beaucoup plus rares, et n'ont plus lieu tous les jours ; les selles sont régulières. Suspension du traitement pendant quatre jours, et reprise pendant dix jours.

Le 30, l'enfant paraît tout à fait bien ; depuis dix jours, il n'y a pas eu un seul accident.

J'ai eu l'occasion de revoir cet enfant pour un mal de

(1) Observations lues à la Société française d'homœopathie.

gorge il y a quelques jours, la guérison s'était maintenue.

LARYNGITE AIGUE GRAVE, GUÉRISON PAR APIS.

Le 30 décembre dernier une petite fille de 20 mois, Henriette R... était prise brusquement de fièvre peu intense, 38.2, de toux rauque et d'enrouement. Son frère avait présenté, les jours précédents, de la laryngite simple caractérisée par un peu d'enrouement, de toux rauque, accidents très légers, qui avaient disparu en quelques jours avec *aconit* (T.M.) et *spongia* (1^{re} trit.).

Le 31, la nuit a été mauvaise, l'enfant n'a pour ainsi dire pas dormi, la toux a été très rauque avec respiration bruyante et gênée; rien à l'auscultation, sauf un léger bruit paraissant se passer dans le larynx. Elle prend depuis la veille *spongia* (1^{re} trit.) et *aconit* (T. M.). Dans la première journée, l'enfant est très abattue; lorsqu'elle tousse, elle se redresse parce qu'elle étouffe et à ce moment existe un tirage sous et sus-sternal assez marqué, sans véritables accès de suffocation.

Apis m. (1/10) donné à doses très répétées modifie en quelques heures cet état qui allait en s'aggravant très rapidement et le soir même la toux devenait grasse et la respiration facile. Les jours suivants la convalescence fut longue à s'établir, il persista un peu de fièvre, de toux, de malaises, d'anorexie et ce n'est que le 8 ou le 9 janvier que l'enfant fut tout à fait remise.

Il me semble, que dans ce cas, la laryngite aiguë grave était une localisation de la grippe qui régnait dans la maison et qui a atteint deux autres personnes.

L'action de l'*apis* dans la laryngite grave est remarquable. J'avais eu l'occasion autrefois de le donner, sur les conseils de mon ami Tessier, sous la forme d'*apium virus* (2^e trit.) à un de mes fils dont j'ai rappelé brièvement l'histoire dans mon petit Traité des maladies de l'enfance (1); chez lui l'état avait été plus grave, car il y avait eu de véritables accès de suffocation, ayant présenté dans les premiers jours de la maladie la particularité de ne venir que la nuit. L'état avait été assez grave pour que nous ayons tout préparé pour la trachéotomie; chez lui, l'effet de l'*apis*, donné après l'insuccès d'*aconit*, *spongia*, *hepar*, avait été aussi extraordinairement rapide. L'indication d'*apis* est encore mieux précise pour nous autres, parce que l'on rencontre dans cette forme de laryngite de l'œdème sous-glottique.

J'ai eu l'occasion il y a six ans, d'observer en ville un troisième cas de laryngite grave aiguë, qui s'est terminé par la mort: il s'agissait d'un enfant de 17 à 18 mois, assez solide, qui présenta des accès de suffocations, les analyses bactériologiques du mucus pharyngé montrèrent l'absence du bacille de Lœffler. Voyant l'insuccès de nos médicaments, *spongia*, *apis*, je fis venir un interne de l'hôpital des enfants qui pratiqua le tubage. Malgré tous nos efforts l'enfant succomba.

Le D^r Hutinel, à qui je parlais de ma dernière petite malade, me dit dans tous les cas de ne pas faire faire le tubage, qui pour lui dans cette forme de laryngite amènerait toujours la mort. Il conseillera plutôt la trachéotomie si la suffocation devenait imminente.

D^r MARC JOUSSET.

(1) Les maladies de l'enfance, J. Baillière et fils.

MATIÈRE MÉDICALE

LE CANCER ARSENICAL

M. Darier vient de rééditer à la Société de Dermatologie et de Syphiliographie le roman du cancer arsénical. Malheureusement l'Arsenic n'a point la puissance de produire dans l'organisme vivant un tissu cancéreux ; je dis *malheureusement*, car si l'arsenic pouvait produire le cancer, il pourrait le guérir, *ce qui n'est pas*. Appliqué sur le cancer de la peau sous forme de la poudre du Frère Côme, l'acide arsénieux a guéri un grand nombre de cancers, mais dans ces guérisons il faut tenir compte de deux éléments :

1° Dans ce cas particulier l'arsenic agit comme caus-tique.

2° Le cancer de la peau est une forme relativement bénigne et qui récidive peu quand elle est opérée à temps.

Mais l'Arsenic, administré à l'intérieur, dans le traitement du cancer, n'a jamais produit une guérison authentique.

Maintenant voici le fait sur lequel M. Darier a basé son opinion : un homme de 47 ans, que M. Darier avait eu l'occasion d'examiner douze ans auparavant, portait à cette époque sur la face et le cou un semis confluent de taches pigmentaires lenticulaires et de macules vasculaires ; les mains et les pieds étaient le siège d'une hyperkératose diffuse avec d'innombrables verrucosités cornées. L'origine

de ces lésions cutanées avait son explication dans ce fait que le malade, pour traiter une bronchite chronique, prenait quotidiennement, de 1886 à 1896, douze gouttes de liqueur de Fowler pendant douze jours, chaque mois, et de 1896 à 1901 la même dose de liqueur de Fowler durant sept jours par mois. Quand M. Darier revit cet homme tout dernièrement, il constata que la mélanodermie s'était améliorée, mais que les verrues cornées persistaient, que quatre d'entre elles s'étaient transformées en véritables épithéliomas, et qu'actuellement un cinquième épithélioma se développait à l'angle de la paupière.

Si on envisage ce fait sans aucun préjugé, la seule chose qu'on en puisse conclure, c'est que le traitement arsenical le plus énergique et le plus prolongé est incapable d'empêcher le développement de la maladie cancéreuse.

Mais pour en conclure que l'Arsenic est pour quelque chose dans le développement de l'épithélioma chez le malade de M. Darier, il faut avoir oublié cette règle bien connue de la logique : « *post hoc, ergo propter hoc.* »

D^r P. JOUSSER.

SÉMÉIOTIQUE

DE LA VALEUR DE L'HYPERTHERMIE DANS LES MALADIES

Le D^r Marchand, médecin de l'asile de Bailleul, Nord, a communiqué à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans sa séance du 7 novembre, une observation sur laquelle nous voulons faire quelques réflexions.

Il s'agit d'une jeune femme, hystérique avérée, et, à ce titre, habitant l'asile depuis plusieurs années. Dans le courant du mois de janvier 1902, elle fut prise de syncope, s'alita et pendant quatre mois et demi fut atteinte d'une hyperthermie qui s'éleva jusqu'à 42°,5 le pouls variait entre 80 et 100, il existait des maux de tête, des vomissements faciles, de la constipation, un délire gai avec chant; ajoutons qu'on n'a observé ni mouvements convulsifs, ni raideur de la nuque et des membres, pas la moindre trace du signe de Kernig.

En terminant la lecture de cette observation, M. Marchand se demanda : « Est-on en présence d'une fièvre hystérique simulant la méningite, ou en présence d'un cas de méningite tuberculeuse survenant chez une hystérique? »

Les connaissances cliniques que les médecins possèdent et sur la fièvre, et sur la méningite tuberculeuse, et sur l'hystérie, donnent, il me semble, une réponse facile à cette question. Et d'abord, il ne faut point parler de fièvre hystérique; les hystériques présentent quelquefois une thermalité qu'on n'observe que chez elles; il y a des observations où la chaleur a atteint 50° et, avec tout ça, les hystériques n'ont pas de fièvre. Pourquoi?

Parce que la thermalité, si haute qu'elle soit, ne constitue pas la fièvre; que la fièvre existe seulement quand, avec la haute thermalité, les échanges organiques sont exagérés.

Or, dans toutes les observations, et elles sont nombreuses, où on a pris soin d'examiner les urines chez les hystériques présentant ces thermalités exagérées, on a pu constater, au lieu d'une élévation, un abaissement considérable dans les échanges organiques.

La haute thermalité chez les hystériques correspond et

remplace, ainsi que l'a enseigné Gilles de la Tourrette, les accès convulsifs, mais la fièvre hystérique n'existe pas.

Quant à la méningite tuberculeuse, qui n'aurait duré que quatre mois et demi, qui se serait accompagné du délire propre aux hystériques, et qui n'aurait jamais présenté ni contracture, ni paralysie, et au bout de quatre mois et demi se serait terminée par la guérison, c'est un fait qui ne s'est encore jamais vu et qui ne se verra jamais.

En résumé, l'observation de M. Marchand est fort intéressante parce que c'est un cas de plus de ces hautes thermalités présentées par les hystériques; et l'observation présente ce signe particulier que le symptôme a duré quatre mois et demi.

D^r P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

- I. — RÉGURGITATIONS ÉLECTIVES. DIVERTICULE OESOPHAGIEN. RADIOSCOPIE APRÈS DÉGLUTITION DE BISMUTH. — II. LE BACILLE D'ÉBERTH DANS LE SANG DES TYPHIQUES. — III. QUELQUES RÉSULTATS DU TRAITEMENT DES NÉVRALGIES PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'AIR ATMOSPHÉRIQUE. — IV. EFFICACITÉ DE L'ARGENT COLLOIDAL (COLLARGOL) DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES, MULTIPLICITÉ DE SES INDICATIONS.

I

(Séance du 5 décembre). — M. H. DUFOUR lit l'observa-

tion suivante : R... Agé de 58 ans, est atteint depuis quatre ans et demi de la singulière infirmité suivante. Après chaque repas et dans un délai de temps, qui varie de quelques minutes à quelques heures, il rend sans effort les aliments qu'il a pris *au début du repas et ceux là seulement*. La quantité de cette régurgitation est de une cuillerée à soupe ou un peu plus. En dehors des repas, R... se plaint à certains moments d'une salivation très abondante qui n'est également qu'une régurgitation de la salive déglutie. Depuis quelques mois, il s'est ajouté à ce symptôme essentiel un peu de dysphagie.

L'examen de l'œsophage par le cathétérisme fournit les renseignements suivants : il existe un rétrécissement situé à 6 ou 7 centimètres au-dessous de l'extrémité supérieure du conduit.

Une seule explication est possible, c'est l'existence d'une poche située sur le trajet des aliments, qui se remplit au début du repas ; les autres aliments passent ensuite par l'œsophage. Cette poche doit avoir la forme d'un cul-de-sac et être parallèle à l'œsophage.

L'épreuve radioscopique a été faite après le repas et lorsque la poche a été vidée ; on a fait avaler au malade un cachet de 1 gr. de sous-nitrate de bismuth ; sur l'écran, le cachet après avoir franchi la région pharyngée s'est arrêté dans un point correspondant avec la partie supérieure de l'œsophage. Ce premier renseignement indiquait peut-être un rétrécissement mais non la présence d'une poche. Un second cachet fut avalé ; ce cachet, au lieu de se placer au-dessus du premier, vint se placer à côté, montrant ainsi la présence d'un diverticule.

Quelle est la cause de ce diverticule ? Est-il la cause du rétrécissement œsophagien ou sa conséquence ? Les anté-

cédents du malade ne permettent pas de retrouver une étiologie à invoquer en faveur du rétrécissement préventif ; la durée de la maladie ne permet pas de conclure à un cancer.

La radioscopie permettrait de conclure à un rétrécissement par compression de l'œsophage par une dilatation aortique, impossible à diagnostiquer cliniquement. Cette possibilité d'anévrisme fait rejeter tout traitement opératoire et permet seulement de dilater le rétrécissement par des sondes molles.

Le traitement chirurgical consisterait soit dans la gastrostomie, soit dans une opération portant sur le diverticule lui-même, résection ou invagination.

II

Deux communications sont faites, l'une par MM. COURMONT et LESIEUR (de Lyon), la seconde par M. WIDAL, sur la présence du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques.

Dans la première, on rappelle une communication sur le même sujet faite à la Société des hôpitaux (27 décembre 1901), et basée sur neuf observations : chez tous les typhiques observés, le bacille d'Eberth avait toujours été trouvé dans le sang jusqu'au 23^e jour.

La méthode employée, inspirée des observations de Neufeld, Auerbach, etc., consistait à ensemer 2 à 4 centimètres cubes de sang dans 300 à 500 centimètres cubes de bouillon. Dans quatre observations sur neuf, le bacille existait dans le sang bien avant l'apparition du pouvoir agglutinant ; la recherche du bacille dans le sang s'imposait donc, pour le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde,

toutes les fois que le séro-diagnostic de Widal ne donnait pas de renseignements certains.

Cette année, les auteurs ont observé 28 cas nouveaux, soit 37 observations en tout.

Sur ces 37 observations, la culture a été positive pour 33 malades (sang recueilli du 5^e au 20^e jour).

Chez quatre malades, entrés tardivement à l'hôpital et chez lesquels la recherche a été tardive (20^e au 27^e jour) les résultats ont été négatifs.

On peut conclure que la présence du bacille dans le sang des typhiques est constante jusqu'à la fin du 3^e septennaire.

La culture peut paraître stérile au bout de vingt-quatre heures.

Sur 47 cultures, provenant des 33 malades dont nous venons de parler, la culture a été positive 11 fois le premier jour, 17 fois le deuxième, 4 fois le troisième, 8 fois le quatrième et 4 fois le cinquième; on peut donc dire que le plus souvent le résultat est positif, dans les quarante-huit heures.

Chez 6 malades sur 33, la séro-réaction n'est apparue qu'après la constatation des bacilles d'Eberth dans le sang. La recherche du bacille dans le sang pourra donc confirmer le diagnostic précoce, alors que la séro-réaction serait incapable de le faire.

Dans sa communication, M. Widal cite les résultats de ses recherches; il a constaté que dans les cas légers, où la séro-réaction se manifestait cependant, on ne trouvait pas les bacilles d'Eberth dans le sang; que dans vingt cas moyens ou graves, il n'a été constaté dans le sang que 17 fois, alors que la séro-réaction avait toujours lieu. Le procédé de la recherche du bacille typhique dans le sang reste encore dans le domaine du laboratoire.

III

(Séance du 12 décembre). — M. PIERRE MARIE fait une communication sur le traitement des névralgies par les injections sous cutanées d'air atmosphérique. Ce traitement avait été préconisé par M. Cordier, de Lyon.

M. Marie s'est servi d'une pompe aspirante et foulante comme celle de l'aspirateur Potain ; on y adapte un tube de caoutchouc sur le trajet duquel on interpose un tube de verre à deux étranglements ; entre les deux étranglements est immobilisée une certaine quantité de ouate hydrophile, stérilisée à la flamme et destinée à filtrer l'air au passage. A l'extrémité du tube de caoutchouc est installé un ajutage métallique permettant d'y adapter une aiguille de platine iridé.

L'injection se pratique sous la peau au niveau des points les plus douloureux ; après avoir fait la toilette de la peau, on pique l'aiguille seule et on attend quelques instants ; s'il ne s'écoule pas de sang par le pavillon de l'aiguille, elle n'a vraisemblablement pas pénétré dans une veine et on peut injecter l'air sans danger. On injecte de 8 à 12 fois le volume de la pompe, soit un à deux tiers de litres d'air. On retire l'aiguille et on renouvelle la même injection à chaque point névralgique. On fait ensuite du massage de la région.

Voici les résultats de cette thérapeutique :

Une femme de 59 ans vient nous consulter, souffrant depuis trois semaines d'une sciatique de la jambe gauche ; elle a été siphonnée après des bains sulfureux et actuellement encore souffre au point de traîner la jambe en marchant ; on constate des points douloureux au niveau de l'espace ischio-trochantérien à la fesse, au niveau de la

face externe du mollet, le trajet du sciatique à la cuisse est douloureux à la pression. En chacun de ces trois points, on lui fait une injection de un tiers de litre d'air. *Immédiatement* après, la malade déclare qu'elle ne sent plus rien et marche avec une très grande facilité. Elle rentre chez elle et va, vient sans douleur toute la journée. Pendant la nuit suivante, elle ressent quelques picotements à l'endroit où a pénétré l'aiguille. Les jours suivants, l'amélioration persiste; il reste cependant un point un peu douloureux au niveau de la malléole externe (à cet endroit, le siphonnage avait provoqué une gelure qui n'était pas cicatrisée au moment où on a fait l'injection gazeuse; la cicatrisation est complète cinq jours après). On fait une injection d'un tiers de litre au niveau de la malléole externe; le soulagement est immédiat, mais, quatre jours après, il reste encore un peu de douleur à ce niveau; une injection d'un tiers de litre calme alors complètement cette douleur.

Deux autres cas de sciatique, une malade atteint de zoua et un tabétique, qui présentent une plaque d'hyperesthésie cutanée ont été traités par ces injections d'air.

Le soulagement produit par ces injections a été marqué et ordinairement rapide.

M. CHAUFFARD a traité par cette méthode de l'injection sous-cutanée d'air un malade de mon service, atteint de douleurs thoraciques très vives, d'origine pleurétique. Rien n'avait calmé cette douleur localisée, et les ventouses, cataplasmes sinapisés, applications de gaïacol, de menthol, de salicylate de méthyle, n'avaient donné aucun résultat. Une injection sous-cutanée de un demi-litre d'air a, en deux à trois heures, fait complètement disparaître la douleur.

IV

M. NETTER fait une communication très importante sur l'*argent colloïdal* (*collargol*) et sur son emploi en thérapeutique. Etant donné l'intérêt qui s'attache à cette question nous l'analyserons plus longuement et nous en reproduirons quelques passages.

L'*argent colloïdal* a été introduit dans la thérapeutique en 1897.

Benno Credé (1) qui a fait connaître ce nouvel agent thérapeutique est un chirurgien de Dresde, fils de l'accoucheur bien connu. Mécontent des antiseptiques employés en chirurgie, les uns trop toxiques, les autres trop anodins, il chercha à utiliser les composés dérivés de l'argent qui sont doués d'un pouvoir antiseptique très marqué et sont en même temps peu dangereux.

C'est ainsi qu'il employa successivement les *feuilles d'argent* métallique, le *lactate d'argent* (actol), le *citrate d'argent* (itrol). Ces deux derniers sels ont des applications très précieuses, mais ils ont l'inconvénient de coaguler dans une certaine mesure les liquides albumineux et ont une action légèrement irritante. Ils ne sauraient en particulier se prêter aux applications médicales, introduction sous la peau, dans le tube digestif, dans les veines.

Credé s'adressa alors à une *forme allotropique de l'ar-*

(1) Credé. Silber als æusseres und inneres Antisepticum. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, LV, 1897; Lösliches metallisches Silber als Heilmittel. *Klinische-Therapeutische Wochenschrift*, avril 1898; Löslicher Silber als inneres Antisepticum *Berliner med. Wochenschrift*, 1901.

gent lui-même qui avait été découverte en 1889 par un chimiste américain, Careau Lea; c'est l'argent colloïdal ou collargol que l'usine allemande de Heyden lui fournit en quantité suffisante.

L'argent colloïdal ou collargol se présente sous forme de petits grains noirs à reflet métallique s'écrasant facilement. *Il se dissout dans l'eau dans une proportion de 1 p. 25.* Les solutions ont une couleur brune ou noirâtre rappelant certaines bières foncées. Elles ne font subir aucune modification aux humeurs de l'organisme, sang, lymph, etc.

On peut employer le collargol de diverses façons : en frictions à la surface de la peau, en injections sous-cutanées, en injections intraveineuses. On peut l'administrer par la bouche, etc.

Les modes d'emploi les plus usités sont les *frictions* et les *injections intraveineuses*. Pour les frictions, on emploie la *pommade dite de Credé* à 13 p. 100; le manuel opératoire est celui des frictions mercurielles. Credé indique comme doses : 1 gramme de pommade chez l'enfant, 2 grammes chez l'adolescent, 3 grammes chez l'adulte. Ces doses ont été sensiblement dépassées par beaucoup de médecins.

Pour les injections intraveineuses, la solution employée doit être récemment préparée avec de l'eau distillée dans les proportions de 1 p. 100 à 1 p. 200. La quantité de collargol injectée habituellement est de 20 à 50 milligrammes.

Des expériences nombreuses établissent que le collargol (1) employé en frictions est absorbé et qu'il se fixe dans les organes et s'élimine avec les déjections.

(1) Lange. Chemische Beiträge zur Silber Therapie. *Therapeutische Monatshefte*, août-octobre 1900.

Le collargol peut être employé sans aucun inconvénient à des doses bien supérieures à celles en usage. On peut sans accident introduire en une fois un gramme de collargol dans les veines du cheval. Cohn a pu injecter un déci-gramme dans la veine de l'oreille d'un lapin de 2.110 grammes.

Le collargol introduit dans le sang est porté dans tous les organes. Il séjourne le plus longtemps dans la rate, les reins, l'intestin. Il est complètement éliminé au bout d'un mois (Kunz-Krause, Lange, Klimmer (1). On s'explique ainsi comment l'emploi du médicament n'expose pas à l'argyrisme.

L'injection intraveineuse provoque une leucocytose marquée et rapide. Brunner (2) a vu chez le lapin le chiffre s'élever de 10.000 à 21.400 dans un premier cas, de 14.800 à 26.800 dans un deuxième, de 7.660 à 39.700 dans un autre.

Chez le cheval (Klimmer, Röder), l'injection intraveineuse et suivie d'une élévation passagère de la température qui paraît au bout de quatre à six heures et persiste quelque heures. Ces élévations ont été constatées maintes fois chez l'homme (Credé). Elles peuvent manquer et manquent souvent chez ce dernier.

Les expériences de Baldoni, de Brunner, de Beyer et de Cohn montrent que le collargol a une action bactéricide assez modérée. Baldoni avec une solution à 1/100 a tué le staphylococcus albus en vingt minutes, l'aureus en trente minutes, le streptococcus pyogènes en trente-deux

(1) Klimmer. Einige Mittheilungen über colloïdales Silber. *Zeitschrift für Thiermedizin*, 1900.

(2) Brunner. Ueber das lösliche Silber und seinen therapeutischen Werth. *Fortschritte der Medicin*, 1900

minutes. Cohn avec une solution à 1/30 détruit le staphylococcus aureus après dix heures, le streptocoque pyogène après huit heures, le bacille de Lœffler après six heures, la bactériodie charbonneuse non sporulée après quatre heures. Les chiffres de Cohn (1) sont sensiblement analogues à ceux de Brunner (douze heures pour le staphylococcus aureus avec la solution à 1 pour 30). La technique de ces auteurs est plus rigoureuse que celle de Baldoni et semble correspondre plutôt à la réalité.

Si l'action bactéricide est peu marquée, l'action empêchante du collargol est considérable. On entend par là l'impossibilité pour les microbes de se développer dans un milieu nutritif additionné d'une certaine quantité de collargol 1 de collargol pour 2.000 (Credé), pour 5.000 (Cohn) pour 6.000 (Brunner) empêchent le développement du staphylococcus pyogènes aureus. Les expériences de Raulin nous avaient montré que le nitrate d'argent empêchait le développement de l'aspergillus niger quand le liquide nutritif en contient 1 pour 1.600.000. Avec le sublimé le développement n'est arrêté que pour une proportion de 1 p. 500.000.

Beyer (2) a pu, avec les injections de collargol, arrêter l'infection d'animaux inoculés avec des staphylocoques dorés très virulents. Des expériences analogues entre les mains de Brunner, de Cohn, de Trommsdorff (3) ont été

(1) Cohn. Ueber den antiseptischen Werth der Argentum colloïdale Credé und sein Wirkung bei Infection. *Centralblatt für Bactériologie*, novembre 1902.

(2) Beyer. *Munchener medicinische Wochenschrift*, février 1902.

(3) Trommsdorff. Zur Frage der Wirksamkeit der Collargol. *Munchener med. Wochenschrift*, août 1902.

moins satisfaisantes, et ces auteurs ont constamment échoué.

Importantes en nous démontrant la non-toxicité du collargol, les recherches de laboratoire ne nous renseignent encore, comme l'on voit, que d'une façon insuffisante sur le *mode d'action du médicament*. Agit-il en détruisant les microbes, en empêchant la pullulation dans le sang? La chose n'est pas impossible; alors même que les expériences sur l'animal ont échoué, la proportion de bactéries véhiculées par le sang est certainement incomparablement moindre dans les affections spontanées de l'homme.

On peut supposer que le collargol modifie ou neutralise les toxines. On peut évoquer encore l'idée d'une action *catalytique* favorisant les processus de défense naturels. Wenckebach qui suggère cette interprétation a été évidemment impressionné par l'analogie du collargol avec la mousse de platine, substance allotropique douée de propriétés très spéciales.

Dans tous les cas, les applications cliniques du collargol ont été très nombreuses, et médecins et vétérinaires ont enregistré des succès très encourageants.

Les vétérinaires ont surtout signalé après Dieckerhoff (1) les résultats merveilleux des injections intraveineuses de collargol dans la *maladie de Werlhof du cheval*, septicémie hémorrhagique très grave qui ne cédait qu'aux injections intratrachéales d'iode et seulement quand elle était traitée de bonne heure. Les injections intraveineuses de

(1) Dieckerhoff. Die Behandlung der Blutfleckkrankheit des Pferdes mit Argentum colloïdale Credé. *Berliner thierraztliche Wochenschrift*, 1898.

0 gr. 50 de collargol amènent une guérison très rapide. Des résultats, non moins satisfaisants, ont été obtenus dans la *gourme du cheval*, le *charbon*, la *dysenterie des veaux*, la *fièvre catarrhale maligne des bovidés*, les *affections septiques*.

Chez l'homme, les applications ont été plus nombreuses encore et plus diverses. Nous citerons tout d'abord les *suppurations locales diverses*, la *lymphangite*, l'*érysipèle*, la *pyohémie*, les *septicémies*, la *fièvre puerpérale*, la *méningite cérébrospinale*, la *bronchite putride*, le *rhumatisme articulaire grave*, l'*endocardite infectieuse*, le *charbon*, les *scarlatines graves*, etc.

M. Netter, avant de rapporter ses observations personnelles, reproduit deux observations très convaincantes de Wenckebach.

Dans la première il s'agit d'un jeune garçon de 15 ans, admis à l'hôpital pour une *kératite parenchymateuse*, pris dans le cours de cette affection d'une *endocardite infectieuse*, caractérisée par une *fièvre à type quarte*, une *insuffisance mitrale*, de l'*augmentation de volume de la rate*, la présence de nombreuses colonies de *staphylocoques blancs* dans le sang.

Le 17 septembre 1901, après une vingtaine de jours de fièvre, injection intraveineuse de 0,0125 de collargol en solution au 100° ; les jours suivants nouvelles injections de 2 à 3 centigrammes. Dès la première injection, disparition de la fièvre. Rapidement amélioration, diminution des palpitations, état général satisfaisant lorsque le malade sort le 31 décembre 1901.

A la date du 9 décembre 1902, c'est un homme fort et bien portant, quoique un peu sujet aux palpitations ; les bruits du cœur sont absolument normaux.

La seconde observation est très analogue, les accès de fièvre, qui revenaient deux fois par jour, disparaissent aussitôt l'injection de 5 centigr. en solution à 2 p. 100. L'amélioration de l'état général a été instantanée.

Une troisième observation, due à Klotz, terminée aussi par une généralisation rapide et une guérison complète présente cette particularité que les deux premières injections intraveineuses de 0,09 et de 0,08 ont été suivies (deux heures et une heure après) d'un frisson violent avec élévation de la température. La troisième, 0,07, ne produit pas de frisson et fut suivie du début de l'amélioration.

M. Netter reproduit ensuite dix observations personnelles que nous sommes obligés de résumer très brièvement.

Obs. I. — *Pericardite aiguë* chez un enfant de 7 ans, le quatrième jour de la maladie, injection intraveineuse (veine du dos de la main) de 2 centigr. de collargol; puis frictions de 2 grammes de pommade au collargol tous les trois ou quatre jours. Amélioration rapide; la fièvre a commencé à tomber dès l'injection.

Obs. II. — *Pneumonie gauche avec épanchement purulent.* Le troisième jour injection de 3 centigr. de collargol dans une veine du dos de la main, et friction avec 2 gr. de pommade. La température tombe le sixième jour et très rapidement l'épanchement qui existait à la base disparaît.

Obs. III. — *Méningite cérébro-spinale suppurée. Amélioration par la ponction lombaire et des bains chauds. Reprise. Deux frictions au collargol; guérison rapide.*

Obs. IV. — *Scarlatine grave. Angine pseudo-membraneuse, engorgement ganglionnaire notable, frictions au collargol, guérison.*

Obs. V et VI. — *Diphthérie grave.*

OBS. VII. — *Tuberculose aiguë à forme broncho-pneumonique* : frictions au collargol ; disparition de la fièvre ; amélioration de l'état général.

OBS. VIII. IX et X. — *Fièvre typhoïde*, frictions.

Tous ces résultats sont encourageants et il y a lieu de continuer l'emploi de ce mode de traitement qui paraît sans danger.

A la séance suivante (19 décembre), M. L. RENON attire l'attention de la Société sur les faits très curieux observés par M. Follet (de Paris), qui les réservait pour la thèse inaugurale de son fils, interne des hôpitaux, mort au commencement de cette année.

Voici ce qu'écrivit M. Follet :

« En 1896, voulant faire un certain nombre de cultures sur pomme de terre, je me servis de fils d'argent pour isoler le milieu de culture des parois du tube de verre, et je fus surpris de voir qu'aucune des cultures faites dans ces conditions ne donnait de résultats. D'autre part, ayant remarqué que les plaies suturées avec des fils d'argent se cicatrisaient plus rapidement que les autres, je fus amené à penser que l'asepsie des fils n'était pas la seule cause de cette cicatrisation plus rapide, mais que la présence de l'argent y jouait un rôle en empêchant le développement des espèces microbiennes.

« Je commençai alors à saupoudrer les plaies de mauvaise nature avec de la poudre d'argent et j'obtins des résultats très encourageants.

« Sur ces entrefaites, je trouvai la confirmation de mes remarques dans l'ouvrage de Strauss sur la tuberculose. Strauss dit, en effet, que les cultures de tuberculose ne se développent pas dans des vases d'argent.

« Je cherchai donc le moyen d'introduire de l'argent dans l'organisme, et je pensai aux injections de poudre d'argent en suspension dans un liquide quelconque.

« Désirant voir si cette introduction pouvait se faire sans inconvénient, je me fis, à quelques jours d'intervalle, trois injections de sérum artificiel tenant en suspension de la poudre d'argent. »

Depuis 1898, M. Follet traita par les injections d'argent un grand nombre de malades atteints des affections les plus diverses, parmi lesquels plusieurs tuberculeux aigus et chroniques (diagnostic établi par l'examen bactériologique des crachats). Aucun de ses malades n'a succombé. Au bout d'un traitement de quelques mois à un an, fait avec une ou deux injections par semaine, les malades ont augmenté considérablement de poids; chez les tuberculeux, la toux et l'expectoration ont graduellement disparu, et la plupart sont considérés comme définitivement guéris.

La technique suivie par M. Follet est la suivante : « Je fais chauffer dans une capsule du sérum artificiel auquel j'ajoute un gramme environ de poudre d'argent réduit que je porphyrise dans un petit mortier *ad hoc*. Je l'ajoute ensuite à un mélange de sérum stérilisé et d'huile au gaïacol et à l'eucalyptol (sérum artificiel, 60 grammes; huile au gaïacol et à l'eucalyptol, 10 grammes), et j'émulsionne le tout, en me servant de la seringue à injection comme d'une pompe aspirante et foulante.

« La quantité entière du mélange est injectée chaque fois.

« J'emploie une aiguille à calibre un peu fort, et si, dans le cours de l'injection, elle vient à s'obstruer, j'aspire avec la seringue pour repousser ensuite le liquide de l'injection.

« Je répète en général ces injections deux fois par semaine, mais je pense qu'on pourrait les répéter beaucoup plus souvent. Je fais les injections intra-musculaires ordinairement dans la région fessière; elles sont rarement douloureuses, et ne laissent pas plus d'induration que les autres injections. »

Tels sont les faits observés par M. Follet. Il fait remarquer lui-même que, dans ses injections, la présence de gaïacol et d'eucalyptol peut avoir une action utile, mais il pense que c'est à l'argent qu'on doit attribuer la plus grande part des résultats obtenus. D'ailleurs, il a appris que M. Thomas J. Mays traitait, en 1901, avec succès les tuberculoses au Brish Hospital de Philadelphie, par l'injection de solutions d'argent.

MM. L. RENON et LOUSTE, frappés des résultats annoncés par M. Netter à la séance précédente ont traité par des frictions de 3 grammes de pommade au collargol à 15 p. 100, une fièvre typhoïde qui s'annonçait comme grave, en trois jours la température est tombée de 40,2 à 38° le soir, et de 38,4 à 36,8 le matin; les urines ont augmenté considérablement et l'albuminurie a disparu.

M. NETTER ignorait les recherches de M. Follet; il connaissait, par contre, celles du Dr Lamarre, de Saint-Germain-en-Laye, qui, depuis quinze ans, emploie l'argent métallique en pilules dans un grand nombre de maladies. Le Dr Lamarre s'est inspiré des travaux de Raulin.

MARC JOUSSET.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE.

EMPLOI DE KALI CARBONICUM

Il arrive à tout médecin de rencontrer des malades ne présentant que de la faiblesse nerveuse, perte d'appétit, obnubilation intellectuelle, céphalalgie, manque de chaleur. Sulfur et Psorinum ont été prescrits pour ramener la santé. Si cet état est le résultat de surmenage ou du chagrin, ou de pertes de sang par excès sexuels ou à la suite de l'accouchement, ou d'une longue convalescence, le remède opportun est souvent Kali carbonicum qui appartient à la série des médicaments, comme Sulfur, Psorinum, Medorrhinum, Syphillinum, Moschus, Tuberculinum dont le rôle est de réveiller la réaction vitale.

Le malade auquel convient Kali carbonicum est brun et prédisposé à l'embonpoint; il s'amaigrit plus tard. Il est irritable, maussade, sans bienveillance pour personne; il a peur dans la solitude, est d'une grande faiblesse d'esprit et de corps. Le muscle du cœur participe à la faiblesse de l'ensemble, et est incapable d'accomplir sa fonction. Le pouls est faible et lent, ou bien, lorsqu'il est petit, dépressible, rarement fort et plein. Le sujet sent les pulsations dans mainte région, à l'épigastre, dans les membres, non par suite de congestion, mais par suite d'anémie. Le sang est du volume normal, mais manque

de globules rouges, d'où suit le manque d'oxydation et les dépôts graisseux, la pâleur, la perte des forces et une grande sensibilité au froid.

Le froid aggrave tous les symptômes : céphalée, névralgie, douleurs de rhumatisme quand le sujet va au vent. Des aliments ou les boissons froides donnent presque toujours naissance à de la gastralgie ou des douleurs de ventre. La dépression morale augmente toujours dans le froid et au grand air. Les vêtements chauds, les boissons chaudes, l'air chaud font du bien.

Le malade de Kali . carbonicum est rarement sans douleurs. Elles peuvent être brûlantes, lancinantes, dans les joues, la poitrine, l'estomac, les gencives, les muscles, les jointures, tantôt fixes, tantôt mobiles.

Le système nerveux est sans forces et très sensible. Tout bruit est désagréable ; un contact imprévu fait l'effet d'une décharge électrique et cause du tremblement, une angoisse qui parcourt tout l'organisme.

La crainte et l'angoisse sont la caractéristique du médicament. A cet état s'ajoute l'impuissance et la faiblesse quand l'estomac est vide, ce qui détermine le sujet à manger. L'aggravation des malaises digestifs après le repas est telle que le malade est plus accablé que dans l'état de jeûne.

Dans les deux sexes l'accomplissement des fonctions sexuelles produit de la faiblesse, mal de tête, de dos, d'estomac, troubles digestifs. Tous les symptômes du corps et de l'esprit augmentent avant la menstruation, et souvent tout le tableau du médicament se reproduit dans la grossesse, après l'avortement ou dans l'état puerpéral.

Dans tous les sels de potasse, il y a de l'aggravation à 3 heures du matin et l'amélioration vers les 5 heures du

matin, et c'est là une caractéristique de Kali carbonicum.

Dans la pleurodynie et la vraie pleurésie même, Kali carbonicum est le simillimum, quand les douleurs lancinantes voyagent d'un côté à l'autre, s'aggravant au moindre froid et à 3 heures du matin.

La toux convulsive des inflammations pulmonaires s'aggrave aux premières heures du matin. Les élancements peuvent, du troisième tiers du poumon droit rayonner en arrière, augmentés par le froid, diminués par la chaleur, et le malade, bien que mal disposé pour son entourage, craint de rester seul, de mourir seul.

Les femmes dysménorrhéiques sont obligées de se mettre au lit quand vient l'écoulement des règles ; elles souffrent du dos jusque dans les hanches et les cuisses, de douleurs d'hypogastre, indigestion, névralgie, céphalée. Elles sont, par ces maux, irritables, frileuses : plus mal après les repas, et le moindre contact, surtout à la plante des pieds, cause des tremblements.

Ainsi ce médicament peut rendre de grands services dans les cas d'avortement, métrorrhagie, coliques intestinales, diarrhée, choléra infantile, catarrhe chronique, maladies du cœur, et divers états morbides sans forme bien définie.

(*All. hom. Zeitung*, janvier 1903).

D^r PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

TRAITEMENT DU PROLAPSUS DU RECTUM CHEZ LES ENFANTS PAR LES INJECTIONS DE PARAFFINE.

Le Dr KAREWSKI (de Berlin) a traité avec succès des cas de prolapsus invétéré du rectum, chez des enfants qui n'avaient pu être guéris par d'autres méthodes. Il s'est servi dans ce but de paraffine dure dont le point de fusion variait entre 56 et 58 degrés. Le procédé était le suivant : après avoir donné pendant deux jours de suite aux enfants des purgatifs capables de nettoyer leur intestin, on leur faisait prendre l'après-midi qui précédait l'injection 1 ou 2 grammes de bismuth. Le prolapsus était réduit, après désinfection du champ opératoire; puis, guidé par le doigt introduit dans le rectum, on injectait entre peau et muqueuse un anneau de paraffine dure. Au moyen de sous-nitrate de bismuth et d'une diète appropriée, on évitait toute défécation dans les vingt-quatre heures consécutives.

Sur huit enfants ainsi traités, âgés de deux à huit ans, un seul, dont les soins antérieurs ou consécutifs à l'opération furent défectueux, ne fut pas guéri; les autres le sont depuis deux à six mois. Dans trois cas seulement, plus d'une injection fut nécessaire (deux dans deux cas, trois dans l'autre). (*Centralbl. f. Chir.*, 1902, n° 28, p. 745, et *Gazette des hôpitaux*, 13 nov.)

L'EXTRAIT THYROÏDIEN CONTRE LA DYSMÉNORRHÉE DOULOUREUSE

Appelé à donner ses soins à une femme atteinte de dysménorrhée douloureuse, un confrère américain, M. le Dr J. Coplin Stinson (de San Francisco) prescrivit, pour combattre l'obésité concomitante, de l'extrait thyroïdien. La patiente suivit le traitement quelques semaines et le continua pendant la période menstruelle qui, cette fois, évolua sans occasionner la moindre sensation douloureuse, tandis que tous les moyens qu'on avait employés antérieurement (suppositoires de belladone et d'opium, usage interne d'hydrate de chloral, de viburnum, etc.), n'avaient procuré à la malade qu'un soulagement insignifiant et peu durable. Depuis lors, cette femme a réussi à faire disparaître complètement sa dysménorrhée douloureuse, en prenant, deux jours avant l'époque présumée des règles, 0 gr. 06 centigrammes d'extrait sec de glande thyroïde, répétés trois fois dans les vingt-quatre heures, et en doublant cette dose pendant la période menstruelle même.

Fort de cet exemple, M. Stinson a souvent eu recours à la thyroïdothérapie contre les troubles menstruels accompagnés de douleurs, et il en a obtenu la guérison dans plus de 80 p. 100 des cas. On sait, d'ailleurs, qu'en raison de la corrélation fonctionnelle étroite qui existe entre les organes génitaux et la glande thyroïde, l'opothérapie thyroïdienne a été plus d'une fois employée avec succès contre toute sorte de congestions et d'hyperplasies de la zone utéro-ovarienne. (*Semaine Médicale*, 30 juillet).

BIBLIOGRAPHIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PSEUDO-ÉTRANGLEMENTS DE L'INTESTIN, par le D^r CH. MONDAIN, ex-interne de l'hôpital Saint-Jacques, Licencié ès science (*Thèse de Paris 1902*).

C'est avec le plus grand plaisir que nous signalons aux lecteurs de l'*Art Médical* le travail de notre élève et ami le D^r Mondain. Dans les trop courts moments que nous avons passés ensemble à l'hôpital Saint-Jacques, nous avons pu apprécier ses aptitudes scientifiques, son zèle, son jugement, son tact clinique, aussi ne sommes-nous pas étonnés qu'à peine arrivé au Havre, il marche dans la voie des succès que Humeau lui a tracée, et qu'il parcourra, nous en avons la certitude, avec honneur et satisfaction.

Etiologie. — Les pseudo-occlusions sans obstacle mécanique simulent absolument l'occlusion avec obstacle. Tantôt ils sont la suite d'intervention chirurgicale sur l'abdomen, tantôt on les voit survenir à la suite de traumatismes ; chutes sur le ventre, contusions, compressions du ventre, etc. On les observe aussi au cours de divers syndrômes douloureux de la région abdominale, coliques hépatiques, néphrétiques, intestinales. Enfin une quatrième variété très importante d'iléus paralytiques est celle qu'on observe par distension gazeuse ou par paralysie intestinale hystéro-neurasthénique, de même chez les

tabétiques, paralytiques fiévreux, parkinsonniens, saturnins, alcooliques.

Pathogénie. — M. Mondain après avoir analysé les théories des auteurs, conclut en disant : « Il est impossible d'avoir des certitudes sur la pathogénie des occlusions sans obstacle. D'une façon générale, il s'agit ou de paralysie ou de spasme intestinal. Il est facile de voir que, dans certains cas, et spécialement dans les iléus nerveux, il y a souvent à la fois paralysie et spasme, mais le spasme doit avoir ici la première place. »

Suit une intéressante discussion, sur le météorisme et le tympanisme que, pour notre part, nous ne différencions pas autant que l'auteur pour qui la distension de l'abdomen dans le tympanisme, serait due à la contraction spasmodique du diaphragme, tandis que le météorisme tiendrait à l'inertie intestinale, à l'hypoacidité du suc gastrique, à l'aérophagie. Nous avouons n'être pas très convaincus par ces distinctions un peu subtiles et discutables.

Etude clinique. I. — « Douleur abdominale, localisée quelquefois mais rapidement généralisée, vomissements qui deviennent fécaloïdes, constipation opiniâtre avec arrêt absolu des matières et des gaz — sauf les réserves nécessaires pour l'évacuation du bout inférieur ; — à ces signes adjonction d'hypothermie, de pouls petit très fréquent filiforme, hypotendu : tel est le tableau ordinaire d'une occlusion ou d'une pseudo-occlusion. Le facies est grippé, il y a de la soif, du hoquet, de la dyspnée, des sueurs, de la cyanose des extrémités, des crampes, la voix est éteinte, le collapsus est proche et la mort survient par stercorémie rapide ou bien par infection secondaire :

péritonite, quelquefois localisée mais souvent diffuse, broncho-pneumonie, infections viscérales diverses.

Il nous paraît intéressant de relever quelques aspects cliniques de ce syndrome abdomino-péritonéal aigu.

Voici les remarques qu'écrit Grundzach, d'après le mémoire d'Eulenburg, mémoire inspiré en grande partie par le travail de Fischer fait dans *Volkman's Klin. Vortrage* sur le shock. Nous sommes au cœur même de notre sujet.

La forme torpide est la plus grave et succède souvent à la forme délirante : le système nerveux, après une phase de réaction avec phénomènes de dynamogénie, tombe dans une phase d'inhibition et d'épuisement. Quelquefois la forme torpide est primitive et ce serait là pour Grönningen le véritable shock nerveux, le fond essentiel du syndrome péritonéo-abdominal. Dans la pseudo-occlusion paralytique il résume l'essentiel des formes aiguës et il est en quelque sorte toute la maladie. Ne montre-t-il pas ces phénomènes de réaction de l'innervation vago-sympathique sur lesquels nous avons insisté tout à l'heure ?

Ce que les Anglais appellent le shock, c'est tout état paralytique gastro-intestinal ; en langue anglaise shock signifie surtout : coup, commotion, accès. C'est bien là la paralysie d'origine nerveuse en somme si l'on va au fond des choses ; et Eulenburg dit qu'il s'agit, en effet, dans cet accident d'une paralysie réflexe du cœur et des poumons provoquée par une excitation nerveuse puissante, la mort pouvant survenir sans changements anatomiques et chimiques apparents.

A. — Fischer distingue d'abord une forme torpide. Le malade est couché silencieux, indifférent, la face tirée et froncée, les narines largement ouvertes. Les yeux sans

éclat sont excavés, cerclés de bleu, à demi couverts par les paupières. Les pupilles dilatées réagissent faiblement ; le regard fixé dans l'espace exprime l'indifférence. La peau et les muqueuses sont pâles, les mains et les lèvres cyanosées. La température est abaissée quelquefois à 35. Il y a des sueurs. La sensibilité est émoussée. Il n'y a pas de mouvements volontaires, un membre soulevé tombe comme un membre de cadavre : après de longues persuasions on arrive quelquefois à faire exécuter au prix de grands efforts quelques mouvements volontaires. Le pouls est à peine perceptible, fréquent, irrégulier, inégal, hypotendu. L'intelligence reste intacte : le malade répond lentement mais raisonnablement.

Il se plaint de sensation de froid, d'évanouissement, de « membres morts ». La respiration est inégale, irrégulière, elle s'arrête quelquefois inquiétant l'entourage.

B. — A côté de ce type existe une forme délirante. Les malades sont bruyants, agités, ils crient, gémissent, se plaignent, sont angoissés, dyspnéiques. Ils s'agitent comme dans un accès de folie ; cependant l'intelligence est intacte. Le pouls est petit, incomptable, la respiration fréquente, superficielle, la face rouge, le front brûlant. Les régurgitations sont accompagnées de soif vive. Les mouvements sont pénibles, il y a du tremblement quelquefois généralisé. Les muscles de la face se contractent violemment.

Nous croyons inutile d'insister sur le pronostic de ces cas aigus. Il ne faudrait pas à cet égard que ce mot de pseudo-occlusion donne une fausse sécurité. C'est une occlusion sans obstacle mécanique, mais enfin c'est encore une occlusion ; occlusion vraie ou pseudo-occlusion, peu importe, si c'est un cas aigu avec syndrome abdomino-

péritonéal grave. Sans compter que dans ces cas le diagnostic est toujours incertain, qu'il ne peut-être levé que par la laparotomie et l'examen du ventre; si bien qu'en somme la question se déplace alors et s'amplifie, modifiant et transformant les conditions du pronostic. Celui-ci, comme dans toute affection abdominale aiguë, reste suspendu, en somme, aux variations de l'état général.

II. — Est-ce de l'occlusion ou de la pseudo-occlusion chronique, on a alors des phénomènes lents d'obstruction ou de pseudo-obstruction avec phases subaiguës plus ou moins fréquentes qui sont le chemin ordinaire d'un épisode aigu qui emporte le malade. Dans ce cas chroniques, il s'agit le plus souvent d'accidents coliques, dans les cas aigus c'est, au contraire, plus souvent le grêle qui est intéressé. Ceci est surtout vrai pour les occlusions paralytiques, le gros intestin semble difficilement être le siège d'une paralysie segmentaire aiguë; dans la plupart des observations l'iléon seul était distendu. Quand le colon se paralyse il s'agit le plus souvent de paralysie par altérations des tuniques et le type en est les obstructions des vieillards. Dans un bon nombre de cas d'obstructions hystéro-ueurasthéniques, c'est aussi à des accidents de cette nature que l'on a affaire; il est bien entendu qu'on a alors moins une pseudo-occlusion qu'une pseudo-obstruction. C'est même pour cela que nous désirons rappeler ici l'excellent tableau clinique que Bernard a donné des troubles intestinaux présentés par l'hystéro-neurasthénie.

A. — Dans l'hystérie il faut distinguer : la tympanite généralisée, la tympanite localisée et les coliques hystériques. La tympanite généralisée est caractérisée par un ballonnement étendu à tout l'abdomen, qui peut doubler

sa circonférence. Le ventre est dur et tendu; la pression exagère la résistance: dans ces cas il y a contracture pariéto-abdominale concomitante et ceci n'est point rare. La palpation peut être douloureuse. La percussion montre le tympanisme le plus intense au point de donner de la submatité; c'est l'tympanisme d'Axenfeld. Avec cela constipation rebelle, gastralgie plus ou moins intense. Ce syndrome peut avoir un début brusque par aura ou par crise hystérique ou bien s'installer peu à peu comme une grossesse ou une ascite; il peut se présenter par crises à dates fixes; il peut durer quelques heures, quelques jours, ou bien persister des mois et des années avec intermittences. La guérison est la règle, subite ou lente. La mort est possible: Axenfeld et Huchard en ont observé des cas.

La tympanite localisée présente dans une région limitée de l'abdomen les mêmes signes que la tympanite généralisée: son évolution est identique. Cependant le plus souvent elle est passagère et par crises de pseudo-occlusion subaiguë. Dans d'autres cas, il y a tympanite localisée persistante: c'est le cas des grossesses hystériques et des tumeurs fantômes bien connues.

Les coliques hystériques, borborygmes douloureux des hystériques de Briquet, *tormina nervosa ventriculi* de Küssmaul, consistent en des crises de coliques plus ou moins intenses, survenant et disparaissant sans cause apparente ou pour des causes psychiques, et accompagnées de borborygmes parfois très violents, pouvant, comme dans le cas de Lécorché, être entendu à distance et arrivant à forcer les sphincters lorsqu'ils sont à haute pression.

Ces formes peuvent diversement se combiner et on peut

en dégager des types cliniques nombreux dont la pseudo-occlusion hystérique, la pseudo-péritonite hystérique, la grossesse hystérique et les tumeurs fantômes de Spencer Wells. Nous retiendrons encore dans la description de Bernard la première de ces formes qui, seule maintenant, doit retenir notre attention.

Chez un malade habituellement sain et bien portant ou sujet à des crises de constipation apparaît une tumeur abdominale localisée, accompagnée de douleurs et de vomissements. Ceux-ci sont d'abord alimentaires, puis bilieux, puis fécaloïdes quelquefois ; le plus souvent ils restent bilieux. Cependant, toutes précautions prises contre la simulation, on a observé dans quelques cas le rejet par la bouche de matières moulées. Briquet en signale un cas, Jaccoud deux cas, Desnos a vu ce phénomène chez un hystérique mâle, de même André, de même Strauss. Rosenstein a signalé un cas où vomissement fécaloïde et selles avaient lieu en même temps ; il suppose que, sous l'influence de la névrose, il se fait un rétrécissement intestinal spasmodique qui divise la vague intestinale péristaltique et la détermine à prendre deux directions opposées.

Cherchewski rapporte un fait où, après une rétention de dix jours, un malade, en faisant des efforts pour aller à la selle rendit un bol fécal par la bouche. Jaccoud écrit : « Le mouvement antipéristaltique des intestins est bien prouvé : il est assez énergique pour provoquer l'expulsion rétrograde des matières fécales par les voies supérieures. » Mais, en contraste avec ces douleurs et ces vomissements, il y a dans la pseudo-occlusion hystérique un bon état général : température normale, pouls bon, facies et teint à peine modifiés. La durée est des plus variables et la

guérison assez souvent brusque est la règle ; mais les récidives sont fréquentes.

B. La neurasthénie comme l'hystérie a quelquefois l'allure d'une tympanite. Signalée par Beard, Leube, Burckardt la tympanite neurasthénique est surtout connue depuis les mémoires récents de Cherschewski, Bouveret, André. C'est ce que l'on a nommé la névrose intestinale. Mais il importe de remarquer qu'ici nous avons affaire à de l'obstruction chronique d'origine névropathique, plutôt qu'à une pseudo-occlusion vraie ; ou du moins, et pour être plus exact, il y a dans ce syndrome de névrose intestinale un état permanent d'obstruction avec des accès aigus qui rappellent les crises de pseudo-occlusion des hystériques dont nous avons esquissé tout à l'heure l'histoire clinique. C'est bien, en effet, sous cet aspect que dans son consciencieux travail M. Bernard a vu les accidents abdominaux de la neurasthénie : nous adoptons d'une façon complète sa manière de comprendre et d'interpréter ces accidents. Nous insistons sur ces idées générales précisément parce que, au point de vue clinique, nous avons tenu surtout à insister sur ces cas de beaucoup les plus curieux et les moins connus des pseudo-occlusions de l'intestin. Bon nombre de nos observations racontent des faits de ce genre et en particulier les deux cas inédits de M. Debove et dont le premier est particulièrement instructif. Nous essayerons de dégager un type clinique de ces faits et tout à l'heure nous essayerons de préciser les éléments du diagnostic.

Le syndrome intestinal de la neurasthénie est essentiellement constitué, avons-nous dit, par un état permanent d'obstruction, état qui est bien caractérisé par la dénomination de tympanite neurasthénique. Ce qui

domine c'est, en effet, un état à peu près continu de constipation opiniâtre avec ballonnement du ventre; en même temps il y a des éructations et des évacuations gazeuses anales fréquentes, pénibles, mais sans odeur et sans goût. Ces malades — ne l'oublions pas — sont des neurasthéniques, et sans faire ici le tableau de la neurasthénie, nous répéterons qu'ils sont pâles, anémiés, asthéniques; cependant, sauf une détermination spéciale de la neurasthénie, ils gardent leur appétit et leur sommeil. Cet état de constipation et de tympanite est peut-être lié à l'hygiène mauvaise de ces malades, mauvaise hygiène gastro-intestinale en particulier, qui n'est pas étrangère à l'éclosion des symptômes divers de la neurasthénie et à sa détermination spéciale sur l'intestin.

C'est sur cet état chronique permanent que viennent se greffer des épiphénomènes aigus qui vont transformer l'aspect clinique et donner l'allure d'une occlusion; c'est à ces accidents que convient le nom de pseudo-étranglements neurasthéniques. Ces accès sont en quelque sorte calqués sur les pseudo-occlusions des hystériques. Sous des influences physiques ou psychiques : efforts, fatigues, voyages, excès de table, émotions d'ordre divers, l'accès éclate. Il éclate souvent brusquement; dans d'autres cas, il s'annonce par un accroissement progressif des phénomènes d'obstruction fécale, et André signale « une modification spéciale des fèces qui pendant quelques jours, sont de plus en plus amincies et comme passées à une filière. » Quel que soit le mode de début, on voit apparaître un énorme ballonnement du ventre qui s'accompagne d'émissions gazeuses fréquentes, bruyantes; en même temps des douleurs apparaissent, douleurs aiguës qui occupent rapidement tout l'abdomen et qui s'accompagnent

souvent de ténésme violent, quelquefois tellement intolérable qu'il provoque des symptômes inquiétants : plaintes aiguës, lipothymies, syncopes.

Il n'est pas rare d'observer de la congestion de la face, de l'anxiété respiratoire, quelquefois des phénomènes d'oppression comparables à ceux de l'angine de poitrine. Il y a ordinairement — comme dans tous les accidents douloureux de l'abdomen — oligurie ou du moins rétention d'urine. Mais dans ce tableau symptomatique deux choses frappantes sont à noter : d'une part, la possibilité d'évacuations stercorales avec rétention des gaz, ou bien inversement la persistance des évacuations gazeuses avec rétention des fèces ; en second lieu, la persistance d'un état général relativement satisfaisant. Ces malades, en effet, quand on les observe de plus près, présentent un bon facies ; leur facies est tendu, fatigué, mais n'est point grippé. De plus, les vomissements sont rares, tardifs, exceptionnellement fécaloïdes. Enfin — fait de la plus haute importance — la température reste normale ainsi que le pouls : et le pronostic, on le sait, tient presque tout entier dans ce double fait. Et ce pronostic est bon. Le plus souvent, en effet, la guérison se fait et elle se fait par une brusque débâcle intestinale, avec cessation complète de tous les phénomènes inquiétants. Le pronostic est donc très favorable à cet égard. Mais il faut bien dire que ces accidents aigus ne sont pas rares au cours de l'obstruction neurasthénique, on les voit se reproduire avec la plus grande facilité, soit sous forme de rechutes à la fin d'une crise, soit sous forme de récidives plus ou moins éloignées. L'état d'obstruction dure en effet autant que la névrose elle-même ; tant que celle-ci n'est pas améliorée, la tympanite persiste et celle-ci peut, d'un moment à

l'autre, présenter des crises aiguës. Ces crises sont elles-mêmes plus ou moins graves ; d'abord discrètes au début avec phénomènes localisés, elle deviennent par la suite plus fréquentes, plus accentuées et plus graves par conséquent. Ce côté de l'évolution de la maladie était intéressant à noter. On voit tout rentrer dans l'ordre quand l'asthénie nerveuse est conjurée, soit à la suite d'une grande secousse morale, soit à la suite d'une énergique médication : il est presque inutile d'ajouter que ce pronostic est soumis aux variations de multiples contingences.

Diagnostic. I. — Notre diagnostic sera très bref, pour la raison très simple que l'erreur est pour ainsi dire fatale ; tout ce que l'on peut reconnaître, c'est l'existence du syndrome abdomino-péritonéal dans les cas aigus. Quant à le rapporter à sa vraie cause, ceci est tout autre chose. Il s'agira le plus souvent d'un diagnostic opératoire, car la plupart de ces cas et même tous ces cas aigus relèvent de la laparotomie qui, seule, peut renseigner utilement et qui, neuf fois sur dix, peut seule sauver le malade.

Le tableau du diagnostic des occlusions et des péritonites est classique, nous ne voulons pas y insister. Dans la péritonite : vomissements plus rarement fécaloïdes, constipation moins complète, généralisation de la douleur, ballonnement moins marqué, matité quelquefois dans les flancs, léger œdème de la paroi, frisson initial, hyperthermie primitive, etc.

Voudrait-on essayer de diagnostiquer une occlusion vraie d'une pseudo-occlusion ? Vomissements moins fréquents, émission de quelques gaz, absence de contractions péristaltiques visibles de l'intestin ? Combien cela est peu de chose quand on se trouve en présence d'un malade et

qu'on cherche un diagnostic et une indication thérapeutique! Comment ne se résoudrait-on pas à la laparotomie exploratrice qui va donner la clef de l'énigme? Quand l'incision de la paroi est faite, que voit-on, en effet : pas de gaz, pas de pus, pas de sérosité. En revanche les anses sont tendues, pleines de gaz, elles tendent à sortir à travers les lèvres de l'incision. Les tuniques intestinales sont transparentes, amincies et l'on voit à travers le contenu intestinal : elles semblent sur le point de se rompre. Elles sont couvertes de sigillations hémorragiques; de place en place elles sont coudées et si on les malaxe, ces coudures se déplacent et se reforment aussitôt : si on ponctionne on remarque que, après évacuation, le ballonnement reparait rapidement; on dirait que l'intestin, comme le dit Celos, « fait du gaz sur commande ». Dans d'autres cas la ponction évacue seulement un segment d'intestin. La distension peut porter sur tout l'intestin. D'autre fois elle porte sur une portion isolée du grêle ou plutôt alors du colon. Sur l'intestin pas de point lésé, pas d'obstacle apparent en un point quelconque de l'abdomen. A l'ouverture de l'intestin, ordinairement peu ou pas de matières, souvent rien que du gaz. Tel est le tableau des signes que révèle la laparotomie dans la pseudo-occlusion aiguë.

II. — Tout autre est le diagnostic dans les cas chroniques. Ici il y a ordinairement obstruction préalable, et on peut retrouver la trace d'une névrose qui met sur le chemin de la vérité, et commande une tout autre attitude thérapeutique.

Nous ne reprendrons pas le détail des éléments du diagnostic pour chacune des formes de l'hystérie ou de la neurasthénie que nous avons décrites : occlusion, périto-

nite, tumeur, grossesse, etc. Dans la tympanite neurasthénique, le diagnostic est plus délicat, puisqu'ici les stigmates ne sont pas intenses : la tympanite n'est guère diagnostiquée que dans ses accidents aigus. Et encore souvent attribue-t-on ceux-ci à une crise de pseudo-occlusion dépendant d'une constipation chronique, sans penser à la névrose qui n'a pas donné toujours sa signature évidente. Et même, en pareille matière, il semble qu'on doive se montrer un peu sceptique ; qu'en tout cas il ne faut pas trop se presser, en face d'accidents aigus, de faire un diagnostic de névrose qui conduirait à une sécurité trompeuse. En somme, comme le dit M. Debove, « l'hystérie a bon dos », on lui attribue tant de simulations qu'il ne faudrait pas, en clinique, être obnubilé par l'idée de la névrose. Et pour la neurasthénie, ceci est encore plus vrai.

Tout ce que l'on peut dire — et nous y insistons un peu longuement, parce que ce côté de notre sujet nous a semblé particulièrement intéressant — c'est que dans l'obstruction neurasthénique chronique avec tympanisme, il y a des accidents de pseudo-occlusion atténués avec caractères spéciaux que nous répétons : état général bon, température normale, pouls normal, faciès non grippé, absence presque complète de vomissements, rétention élective des gaz avec passage des matières ou de mucosités, ou bien inversement, rétention de l'urine, guérison à peu près constante, mais rechutes très communes et très fréquentes. Ceci suffit à différencier cette variété de pseudo-étranglements des autres variétés, même chroniques, et à lui donner son autonomie clinique dont nous avons donné ailleurs les caractères. »

On voit d'après ces extraits, que nous avons tenu à

donner aussi complets que possible, quel intérêt présente la thèse de M. Mondain. — Si l'on ajoute qu'il a été obligé de la faire tout en satisfaisant aux exigences d'une clientèle déjà nombreuse, on pourra se rendre compte de ce que notre confrère pourra nous donner de travaux intéressants et documentés, lorsqu'à tête reposée il voudra bien par sa collaboration augmenter l'intérêt de nos publications périodiques et particulièrement de l'*Art Médical*, où il ne compte que des amis.

D^r J. P. TESSIER.

CHARAKTÉRISTIK DER WICHTIGSTEN HOMÖOP. HEILMITTEL. — (Caractéristique des principaux médicaments homéopathiques, par le D^r Cl. Muller, 4^e édit., revue et augmentée par le D^r Mittelstaedt, de Posen. — Leipzig, 1902. Täschaer et Cie, éditeurs).

De Leipzig nous arrive ce petit livre classique, rédigé d'après la méthode claire et en conformité avec l'esprit scientifique d'Hahnemann. Les trois premières éditions ne contenaient que 30 médicaments, le nouvel éditeur en a ajouté 20 autres. A la suite de l'énumération des symptômes spéciaux justiciables du médicament, le D^r Mittelstaedt a donné une description de l'action thérapeutique particulière à chacun, et ce travail additionnel donne au livre un intérêt pratique que les éditions précédentes n'avaient pas; le remède s'adaptant à chaque cas morbide est déterminé par là avec plus d'assurance.

L'usage de ces médicaments, dont les effets ont été contrôlés des milliers de fois, quand on est familiarisé avec leur emploi, préserve le médecin des incertitudes. Peu d'homéopathes savent toute l'étendue d'action de nos

polychrestes ; tout ce qu'on peut tirer de Bryone dans la thérapeutique infantile, et les ressources incalculables que présentent *sepia*, *calcar. carb.*, et *silicea*. Dans ce petit livre, les médecins trouveront, à chaque page, à chaque ligne, des informations précieuses pour leur pratique, et l'accroissement, sans longues recherches, de leur bagage thérapeutique ; tout y est à retenir. Donnons, comme spécimen, la traduction littérale d'un chapitre, pris au hasard.

Natrum muriaticum.

Coryza aigu, catarrhe du pharynx, toux irritante, bronchite, dyspepsie, gastrite chronique, aiguë ; fièvre gastrique, catarrhe intestinal, vomissement et constipation des femmes enceintes, hyperémie du foie, inflammation du foie.

Ulcération et œdème de l'intérieur du nez. Hyper-sécrétion nasale alternant avec l'obstruction du nez. Sécrétion d'une mucosité claire. On mouche du sang corrompu. Sécheresse du gosier avec petite toux ; muqueuse transparente. Sensation de corps étranger et d'ulcération dans le gosier. Enrouement le matin, avec mucosités abondantes dans la gorge, chatouillement au larynx. Toux irritante. Catarrhe avec transparence de la muqueuse, mauvais goût à la bouche, inappétence et dégoût, éructations acides et nausées après le repas, avec vomituration aqueuse. Pyrosis avec palpitations ; sialorrhée, pression dans l'estomac, gonflement du ventre, envie de vomir, douleur tirillante et forte pression dans la région du foie, coups dans le foie avec gonflement ; selles diarrhéiques, molles ; tranchées avec glouglous, météorisme, émission fréquente de gaz. Selles sèches et dures tous les deux ou trois jours après beaucoup d'efforts, souvent sans résultat,

coliques comme annonçant la diarrhée, souvent sans effet. Selles mêlées de sang, sécheresse et douleur dans l'intestin.

Cystite, paralysie vésicale, catarrhe du bassin, coccygodynie. Métrite chronique, leucorrhée, varicocèle, pollutions.

Envie fréquente et subite d'uriner, sortie involontaire des urines ; coups dans la vessie quand on urine. Brûlures, élancements dans l'urèthre, Dépôt rouge dans l'urine. Douleur paralysante dans les reins ; prurit vulvaire. Règles en retard et peu abondantes, ou hâtives et abondantes, précédées d'angoisse, tristesse, mal au cœur. Renvois doux, céphalalgie, poids sur les yeux, battements de cœur. Écoulement vaginal caustique et abondant, prurigineux. Fortes démangeaisons au gland et au scrotum, irritation excessive de l'appareil génital, puis faiblesse physique, lascivité et pertes séminales.

Rhumatisme articulaire chronique, goutte, migraine, séborrhée, urticaire, eczéma, comédons.

Faiblesse, lourdeur, courbature des membres, sensation de paralysie et de dislocation dans l'articulation de l'épaule. Douleurs crampoïdes et pongitives dans les jambes et dans les mains. Les membres sont comme engourdis, craquements dans les membres au mouvement, raideur articulaire, gonflement, lourdeur de la tête, douleur à la faire éclater, battements et élancements dans la tête, rougeur de la face, nausées et vomissements, froid sur le crâne, sensibilité du cuir chevelu, chute des cheveux, l'épocrâne et la figure sont comme luisants de graisse. Eruption de liquide gluant, formant une croûte épaisse, comme gommeuse. Eruption de boutons rouges et blancs, avec douleurs brûlantes, prurigineuses, particulièrement à la face. Grosses bulles rouges et avec violent prurit sur

tout le corps. Eruption lancinante, la peau est d'un jaune sale, ulcères saignants, sueurs légères à chaque effort.

Malaria, hystérie, hypochondrie.

Fièvre, froid des mains et des pieds qu'on ne peut réchauffer. Frissons avec les mains très froides, sueurs violentes; fièvre intermittente, surtout après l'abus de la quinine. Frissons de dix à onze heures du matin, commençant dans les reins ou les pieds, s'accompagne de soif et de violentes douleurs de tout le corps. Douleurs de dos, des os, de la tête; grande faiblesse, grande chaleur avec soif. Céphalée pulsative, congestion cérébrale, pâleur livide de la face, à laquelle succède une sueur abondante, qui diminue le mal de tête et les autres symptômes, la difficulté de prononcer, l'inquiétude, la tristesse, l'indifférence, la perte de mémoire, l'absence de suite dans les idées, vide dans la tête avec angoisse, esprit distrait, embarras de la parole, absences, brusquerie, palpitations du cœur.

CARACTÈRE SPÉCIAL DU MÉDICAMENT

Natrum muraticum qui agit surtout sur les appareils digestif et respiratoire, ainsi que sur le système nerveux et la composition du sang, convient spécialement aux anémiques et aux scrofuleux, aux sujets d'aspect pléthorique et fleuri ou à face pâle, mais avec la muqueuse du nez et de la lèvre supérieure gonflée: ou bien d'aspect misérable, à teint terreux et livide avec les yeux battus, la peau jaune, sueur visqueuse, abattement, faiblesse, constipation opiniâtre, sensation de froid en certaines régions du corps. Les symptômes morbides sont périodiques, accompagnés soit de battements de cœur, soit de nausées, vertiges, céphalée, abattement. Les sécrétions

des appareils respiratoire et digestif sont des mucosités claires, translucides. Les aggravations viennent par le froid, l'humidité, le matin et la nuit, l'amélioration par les temps chauds et secs.

Posologie. — *Natrum muriaticum* s'emploie en trituration et en dilution. On s'accorde en général à employer les puissances les moins élevées pour les appareils digestif et respiratoire (le 3^e déc.), tandis que, pour agir sur le système nerveux et la crase sanguine, on se sert plutôt de hautes dilutions.

Les dilutions se font avec le sel de cuisine ; le *natrum muriaticum* se trouve dans l'eau de Kissingen, combiné avec le sel de Glauber dans les eaux de Carlsbad et Tarasp.

D^r PICARD.

Ecole d'infirmières et de garde-malades, par M. LOUIS RIVIÈRE. Un vol. in-18 raisin. Prix : 1 fr. 25. Librairie VICTOR LECOFFRE, rue Bonaparte, 90, Paris.

Tout le monde reconnaît maintenant que pour soigner les malades la bonne volonté et le dévouement ne suffisent plus ; il faut en outre être au courant de nouvelles méthodes scientifiques. C'est afin de répondre à cette nécessité que l'on a fondé les Ecoles d'infirmières et de garde-malades. Dans le petit volume que nous annonçons, M. Louis Rivière, si compétent en matière de questions sociales, étudie le fonctionnement des écoles de ce genre qui existent déjà et indique les résultats qui ont été obtenus.

L'auteur a divisé son travail en deux parties : la première est réservée aux principaux pays étrangers, notam-

ment à l'Angleterre, l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse. M. Rivière a voyagé l'été dernier dans ces contrées, afin d'en étudier à fond les institutions spéciales. Dans la deuxième partie, consacrée à la France, l'enseignement organisé par l'initiative des commissions administratives et celui qui est dû à des sociétés privées sont successivement examinés ; le dernier chapitre, relatif à l'intervention officielle, se termine par l'analyse de la récente circulaire de M. le Ministre de l'Intérieur.

Cet ouvrage est donc entièrement d'actualité ; rédigé avec une impartialité absolue, il est appelé à rendre les plus grands services à toutes les personnes qui voudront avoir des renseignements précis sur cette question qui préoccupe à juste titre tout ceux qui ont la responsabilité des soins à donner aux malades dans les hôpitaux publics ou privés.

VARIÉTÉS

LE NAGANA ET LE SURA

Le Nagara et le Sura désignent deux affections pathologiques presque identiques, endémiques dans l'Afrique australe, dues au trypanosome, et propagées par les piqures de la mouche tsétsé. Cette maladie commune chez les grands animaux vivant à l'état sauvage en Afrique, se transmet principalement aux Equidés et aux Bovidés. Les petits animaux, comme le rat, la souris, sont très disposés à contracter cette maladie. L'homme possède une immunité naturelle contre le Nagana, et à ce sujet nous remarquons que la fièvre intermittente, si répandue dans l'espèce humaine, est au contraire inconnue chez les animaux, exemple remarquable parmi tant

d'autres, de la puissance de la prédisposition définie sur la genèse des maladies.

Le Nagana n'est pas resté confiné dans l'Afrique australe : Il a envahi les Indes anglaises, Java, les Philippines et Maurice, il menace nos grandes colonies de Madagascar, de la Réunion et du Tonkin, et à ce point de vue cette maladie mérite toute notre attention.

La mouche tsétsé est son mode de propagation dans l'Afrique australe ; au moins la tradition est universelle sur ce point. Mais la mouche tsétsé n'habite ni Java, ni les Philippines, ni l'île Maurice, ce qui nous force d'admettre au Nagana d'autres moyens de propagation encore ignorés.

La première règle qui s'impose est la surveillance très exacte des animaux importés des pays où sévit le Nagana, et l'inspection fréquente des animaux dans les contrées, où cette maladie a déjà été importée. Le diagnostic est facile par l'examen microscopique, qui révèle la présence du trypanosome dans le sang des animaux suspects. Ces animaux doivent être isolés rigoureusement, ou, ce qui est préférable, immédiatement abattus.

En dehors de ces mesures empruntées à l'hygiène générale nous sommes presque complètement désarmés, tant pour la guérison du Nagana que pour son traitement préventif. MM. Laveran et Mesnil viennent de publier dans les *Annales de Pasteur* (25 novembre 1902), un travail un peu confus, d'où il résulte que les médicaments les plus énergiques ont été vainement essayés pour le traitement de cette maladie.

L'acide arsénieux, à très haute dose, et le sérum humain sont les seuls médicaments auxquels nos auteurs aient reconnus une activité incontestable.

L'acide arsénieux ne produit qu'un arrêt dans la marche de la maladie : il arrive un moment où les hautes

doses d'arsenic ne peuvent plus être supportées par les animaux, alors le trypanosome, qui semblait détruit, reparait à nouveau et entraîne la mort du sujet.

Les injections de sérum humain ont besoin d'être répétées souvent. Elles ont produit quelques rares guérisons chez les souris ; mais ce traitement est inapplicable chez les grands animaux ; parce qu'aujourd'hui que la saignée ne fait plus partie de la thérapeutique, le sérum humain est devenu un produit absolument introuvable.

Ce moyen réussirait-il à guérir les grands animaux. Nous en doutons pour les raisons suivantes : le sérum humain a été essayé dans le traitement de la Nagana par cette unique raison que l'homme jouit d'une immunité naturelle contre cette maladie. Or ce même principe a été appliqué sans aucune espèce de succès au traitement de la tuberculose.

Le traitement préventif est également inefficace. « On ne connaît pas de procédé sûr d'immunisation des animaux contre cette maladie » (page 14).

Koch prétend avoir obtenu quelques résultats favorables d'immunisation contre le Nagana ; son procédé consiste à atténuer la virulence du trypanosome en faisant passer ses parasites par des espèces animales différentes. M. Laveran a inutilement essayé de ce procédé. Il nous semble superflu de rapporter ici toutes les techniques employées pour la destruction du trypanosome, et la recherche d'un sérum immunisant.

Nous croyons qu'il y aurait encore à essayer le vieillissement longtemps prolongé de la culture du trypanosome. Nous ne pouvons en effet, renoncer à la recherche d'un sérum immunisant dans une maladie, qui confère l'immunité absolue chez l'animal, qui est arrivé à une guérison complète.

Dr P. JOUSSET.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET

L'ART MEDICAL

FÉVRIER 1903

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

RÉPONSE A L'OBJECTION TIRÉE DE L'EXISTENCE D'UNE
THÉRAPEUTIQUE PATHOGÉNIQUE.

(Suite et fin)

CHAPITRE II

*De la thérapeutique pathogénique dans le traitement des
maladies non infectieuses.*

Nous prendrons pour exemple de notre démonstration
le traitement de l'artério-sclérose par l'iodure de sodium.

M. Huchard enseigne d'une part que l'artério-sclérose
est produite par l'augmentation de la tension artérielle,
d'autre part que l'iodure de sodium a la propriété de
diminuer la tension artérielle; d'où il tire la conclusion
que la médication de l'artério-sclérose par l'iodure de
sodium est une thérapeutique pathogénique ou étiolo-
gique : *contraria contrariis curantur*.

Nous allons démontrer qu'il y a là une double erreur;

d'abord que l'iodure de sodium à la dose où M. Huchard le prescrit dans le traitement de l'artério-sclérose est un *hypertenseur* de la circulation; en second lieu, que l'explication de l'artério-sclérose par la tension artérielle n'est qu'une *hypothèse* contestable et contestée par Potain.

M. Huchard, en instituant le traitement de l'artério-sclérose et de l'aortite chronique sur deux médicaments principaux, l'iodure de sodium et la trinitrine, s'est montré grand praticien en même temps qu'il a rendu un service signalé aux malades. Avant la publication des travaux de M. Huchard sur ce point de thérapeutique, nous étions presque complètement désarmés vis-à-vis d'une maladie qui est peut-être la plus fréquente de toutes les maladies chroniques après l'âge de 45 ans. Et je n'en veux pour preuve que mes propres observations d'aortite chronique publiées dans ma clinique de 1877, observations dans lesquelles on peut constater l'impuissance à peu près complète de notre thérapeutique. Depuis plusieurs années déjà, nous possédions quoiqu'incomplète encore, l'histoire de l'aortite, mais nous reconnaissons que c'est à M. Huchard que revient l'honneur d'avoir institué le traitement de cette maladie.

On avait prescrit l'iodure de potassium et la trinitrine avant la publication des travaux de M. Huchard; mais ce médecin a eu le mérite de généraliser l'emploi de ces médicaments, d'en fixer les indications et de préciser les doses et le mode d'administration; il a, en un mot, créé le traitement ioduré de l'artério-sclérose et des maladies qui s'y rapportent.

La clinique démontrait l'action favorable des iodures dans le traitement de l'artério-sclérose; quel était le mode d'action de ce médicament? L'artério-sclérose s'accom-

pagne toujours d'hypertension artérielle; les iodures, d'après les enseignements de l'école, ne pouvaient agir favorablement qu'en exerçant une action contraire à l'hypertension artérielle, les iodures devaient donc être des médicaments doués de la propriété de diminuer la tension artérielle. M. Huchard, nourri de ces idées, partageait les opinions de ses maîtres et expliquait l'action de l'iodure de sodium par la faculté qu'aurait ce sel de diminuer la tension artérielle.

Mais ces affirmations théoriques ne pouvaient satisfaire un esprit aussi éminemment pratique que celui de M. Huchard, la méthode expérimentale devait prononcer; il institua donc des expériences, et démontra que les iodures déprimaient considérablement la tension artérielle chez l'animal sain; que, par conséquent on avait raison de les administrer dans le traitement de l'artériosclérose, affection causée et caractérisée par l'hypertension artérielle: *contraria contrariis curantur*.

Nous nous proposons donc de démontrer que les iodures, administrés aux doses conseillées par M. Huchard, dans le traitement de l'artério-sclérose, loin d'abaisser la tension artérielle, l'augmentent; que par conséquent ils agissent par la loi de similitude. Les affirmations, qui font des iodures des hypotenseurs, ne sont que des affirmations et n'ont aucune valeur en thérapeutique; enfin les expériences de M. Huchard prouvent précisément le contraire de ce qu'il s'est proposé de démontrer.

Voici l'expérience de M. Huchard: « En évaluant la pression carotidienne du lapin au moyen du manomètre élastique enregistreur, nous avons constaté l'abaissement de 10, 19 et même 41 millim. de la colonne mercurielle; ces dépressions se produisent 10, 15, 20, 30 minutes après

l'administration des iodures aux doses de 50 centigrammes de sel par kilogramme du poids vivant. » (*Traité clinique des maladies du cœur*, 2^e édition, tome I, page 485); M. Huchard a-t-il réfléchi que 50 centigrammes d'iodure par kilogramme d'animal constitueraient la dose énorme de 35 grammes pour un homme ordinaire !

Nous pourrions faire beaucoup d'objections à cette expérimentation ; on aurait pu répéter l'expérience avec des doses moyennes et avec des doses petites ; on aurait pu surtout expérimenter sur l'homme sain ; car personne ne me contredira, si je dis qu'il n'est point légitime de conclure rigoureusement d'une espèce à l'autre. Mais, je prends le fait tel qu'il est dans sa brutalité, et j'en tire la conclusion suivante : *si les iodures à doses excessives diminuent la pression artérielle ils l'augmentent certainement à petites doses.* Pourquoi suis-je aussi affirmatif ? C'est que depuis la glorieuse date de 1796, où Hahnemann posa les principes de la thérapeutique moderne en donnant le précepte d'étudier les effets des médicaments sur l'homme sain, une science nouvelle s'est constituée, la *pharmacodynamie*, et cette science est aujourd'hui assez avancée pour avoir des lois qui régissent et éclairent les phénomènes thérapeutiques.

Une de ces lois se formule ainsi : tout médicament produit deux actions contraires suivant qu'on l'administre à petite ou à forte dose.

Comme je n'ai pas la prétention qu'on me croit sur parole, je vais maintenant montrer la légitimité de cette loi en m'appuyant sur des faits dus à des médecins des deux écoles. Je donnerai comme exemple un certain nombre de médicaments d'un emploi fréquent.

1^o *Morphine*. — Je citerai d'abord les expériences

empruntées à un médecin de l'école officielle, le Dr Calvet (thèse de 1875) : une petite dose de morphine détermine l'accélération du pouls et de la respiration, l'élévation de la température, l'augmentation de la force musculaire et la quantité des urines.

Une dose plus forte ralentit le pouls et la respiration, abaisse la température, diminue la quantité d'urine et produit même l'anurie.

Les mêmes faits se trouvent répétés dans Nothnagel et Rossbach à la page 577.

2° *Strychnine*. — Une dose moyenne de strychnine produit des convulsions toniques généralisées analogues au tétanos ; mais, si à l'exemple de Martin Magron et Buisson, on administre une très forte dose de strychnine à une grenouille, l'animal se paralyse d'emblée, sans présenter la période tétanique ; et, phénomène extrêmement curieux, si l'animal survit à cet empoisonnement, la période tétanique apparaît quand l'élimination de la strychnine a ramené ce poison à sa dose convulsivante ; démontrant ainsi qu'un médicament a deux actions opposées : *convulsion et résolution* suivant les doses auquel on l'administre. En sorte qu'on dirait que la strychnine à dose moyenne et à dose forte constitue deux médicaments.

3° La *vératrine* obéit aux mêmes lois : si, chez un animal à sang chaud, on injecte une très petite dose de vératrine (1 milligramme sous la peau), ce poison produit immédiatement une accélération du cœur et une élévation de la pression sanguine ; une dose moyenne ou forte (5 milligrammes à 4 centigrammes injectés sous la peau) a pour résultat immédiat un ralentissement des pulsations et un abaissement de la pression sanguine et finalement la paralysie du cœur. Cette expérience si concluante, si démons-

trative de la thèse que nous soutenons, n'est point due à un médecin de notre école, mais bien à Nothnagel et Rossbach (page 677).

4° *Digitaline*. — C'est encore à Nothnagel et Rossbach que nous prendrons nos renseignements. Si la digitale a été prescrite à faible dose, elle produit un ralentissement très marqué du pouls, une élévation considérable de la pression artérielle et un rétrécissement des artères périphériques. A dose moyenne, accélération subite et considérable du pouls; la pression sanguine, après de fréquentes oscillations, baisse peu à peu. Si la dose est toxique, on observe les phénomènes suivants : irrégularité très marquée et ralentissement progressifs des contractions cardiaques, la pression sanguine baisse de plus en plus; enfin le cœur paralysé s'arrête en diastole (1) (page 691).

J'ajoute que les observations si nombreuses d'empoisonnements criminels par la digitale démontrent que ce médicament produit à dose forte tous les symptômes de l'asystolie y compris, bien entendu, l'abaissement de la pression artérielle et cependant, comme dit Galilée, *elle tourne elle guérit l'asystolie*.

Et maintenant, revenons à l'iodure de sodium; je trouve dans une note, à la page 485 du livre de M. Huchard, des expériences de MM. Lapique et G. Sée

(1) Je sais que par ses expériences le P^r Frank prétend avoir démontré que dans l'empoisonnement par la digitaline, le cœur s'arrête en systole; j'ai déjà fait remarquer que ces expérimentations, faites avec des doses énormes, amenaient la mort de l'animal en quelques minutes et que leur résultat ne pouvait être comparé avec ceux des toxiques, mais non foudroyantes, qui laissent vivre l'animal pendant plusieurs jours.

(académie de médecine 1899); ces expériences démontrent qu'il y a deux périodes dans l'action cardio-vasculaire de l'iodure de potassium « la première période (phase de l'alcali) est caractérisée par l'accélération du cœur et l'élévation de la pression artérielle, la vaso-constriction, etc. ; la seconde période (phase de l'iode) se traduit par l'abaissement de la tension artérielle, la vaso-dilatation ». M. Huchard remarque à ce propos que, dans ses expériences avec Éloi, ils n'ont constaté que la période de vaso-dilatation ; il ajoute que c'est la plus importante.

Sans doute, c'est la plus importante pour qui veut démontrer la supériorité du *contraria contrariis* ;

Nous ne pouvons quitter cette expérimentation de M. Sée sans une remarque sur son explication de l'action hypertensive et hypotensive de l'iodure de potassium. Il attribue l'augmentation de la tension vasculaire à l'alcali et l'hypotension à l'iode. G. Sée resté en dehors de la réforme thérapeutique ne peut comprendre qu'un médicament produise deux effets opposées ; son intelligence fermée aux clartés nouvelles n'y comprend plus rien et il s'efforce de sortir de la difficulté par une pure fantaisie. Le potassium, sous forme de nitrate de potasse, a, comme tous les médicaments, deux actions opposées suivant les doses : 12 centigrammes injectés dans les veines d'un chien déterminent une élévation de la pression sanguine avec ralentissement du pouls. tandis que des doses toxiques abaissent la pression sanguine et paralysent le cœur (expériences de Traube et de Bunge, in Nothnagel et Rossbach, page 14).

De tous ces faits nous tirons la conclusion que le traitement de l'artério-sclérose par l'iodure de sodium à petites doses, loin d'être un exemple de thérapeutique

pathogénique, est un traitement inspiré par la loi de similitude.

La même démonstration pourrait être faite pour le traitement des autres maladies non infectieuses.

Il faut conclure ; notre but n'a pas été seulement de démontrer que l'action bienfaisante de l'iodure de sodium à petite dose dans le traitement de l'artério-sclérose, s'expliquait par la loi des semblables ; nous avons poursuivi un but plus élevé et plus général : établir d'après l'enseignement des maîtres quel était à notre époque l'état de la thérapeutique ; qu'elle se résumait dans la thérapeutique pathogénique ou étiologique.

Il ressort donc de tout ce que nous avons dit que le galénisme règne encore en maître dans la thérapeutique... Qu'il s'agisse de maladies infectieuses ou non infectieuses la préoccupation des médecins reste la même : rechercher la cause prochaine de la maladie et la combattre par son contraire, faire en un mot de la thérapeutique pathogénique ou étiologique, car ces deux termes sont identiques (Roger) ; en sorte qu'on pourrait dire avec juste raison de la thérapeutique que : « *plus cela change, plus c'est la même chose.* »

Et sur quelles conceptions nouvelles, sur quels travaux de clinique ou de bactériologie s'appuie-t-on pour réédifier sans cesse cette erreur traditionnelle ? Sur aucun.

Pour les maladies infectieuses, nous avons vu le professeur Bouchard avouer à propos de la thérapeutique pathogénique que le plus souvent, (il aurait dû dire toujours), nous ignorons la cause prochaine de la maladie, mais que dans ce cas, on en imagine une, et que c'est cette cause hypothétique que l'on combat. D'où il appert que la thérapeutique pathogénique est une thérapéu-

tique *imaginaire*, puisqu'elle s'adresse à une cause *imaginée*.

Pour les maladies non infectieuses M. Huchard, qui tient aussi pour la thérapeutique pathogénique ou étiologique, se débat en pleine hypothèse. Il suppose que l'hypertension artérielle est la cause de l'artério-sclérose; Potain enseigne précisément l'inverse. Mais, passons puisque dans les deux hypothèses, l'hypertension artérielle n'est qu'une cause secondaire, dont la cause véritable est une disposition particulière de l'organisme.

Guidé par la doctrine de la thérapeutique pathogénique, M. Huchard explique et justifie l'emploi d'iodure de sodium, à petite dose, par la prétendue propriété de ce médicament de diminuer la tension artérielle. Or, nous avons démontré que cette propriété de l'iodure, au moins pour les petites doses, était encore hypothétique, en sorte qu'ici encore la thérapeutique pathogénique se borne à traiter une hypothèse par une hypothèse.

Et si les hommes d'une intelligence médicale aussi élevée que MM. Bouchard et Huchard enseignent de tels romans, que doivent être l'état d'esprit et la thérapeutique de la masse des praticiens?

Nous venons de voir que, de l'aveu même des médecins qui la défendent et qui la considèrent comme un progrès, la thérapeutique pathogénique représente une hypothèse pour le temps actuel et une espérance pour l'avenir (Bouchard et Gilbert). Eh bien, parlant au nom de tous les médecins qui portent le poids de la pratique quotidienne, je dis qu'une hypothèse dans le présent et une espérance dans l'avenir, c'est vraiment trop peu pour les médecins et pour les malades. Et pourquoi cet acharnement dans la routine et cet attachement à une tradition

funeste. Tradition et routine qui ont repris une nouvelle vigueur depuis la découverte des microbes pathogènes?

Nous avons démontré précédemment que la recherche de la cause prochaine de la maladie et sa destruction par son contraire était une illusion, puisque la cause prochaine de la maladie n'était autre chose qu'une disposition à être malade d'une manière déterminée, et qu'il n'existe pas dans la matière médicale de médicament qu'on puisse considérer comme le contraire d'une disposition organique, mais nous allons maintenant prendre la question sous une autre face; et comme on la prend habituellement dans l'école.

Voici l'argument :

Point de microbes pathogènes, point de maladies infectieuses, donc la destruction du microbe pathogène, c'est la guérison de la maladie.

C'est là un sophisme et le sophisme est dans le mot *guérison*.

Le raisonnement que nous venons de reproduire est d'autant plus fallacieux qu'il est vrai dans les circonstances pathologiques que nous allons déterminer.

La destruction des microbes pathogènes par l'asepsie chirurgicale, quand elle est complète, empêche absolument les accidents de pyohémie. si souvent funestes après les opérations, les accouchements et les traumatismes; ici donc la destruction du microbe pathogène ne signifie par guérison, mais signifie absence de maladie.

La désinfection des habitations, des vêtements et surtout des eaux potables, arrête les épidémies dans la proportion où cette désinfection est possible; ici encore on peut dire destruction du microbe pathogène, non pas *guérison*, mais absence de maladie.

Mais, quand un microbe pathogène, qu'il existe en nous-mêmes à l'état latent ou qu'il réside au dehors et pénètre en nous, quand, grâce à la prédisposition de l'organisme, la maladie évolue, l'antisepsie est absolument impuissante à arrêter son évolution. La clinique en a fourni la preuve bien des fois dans le traitement des maladies infectieuses par les antiseptiques; pour tuer les microbes pathogènes qui infectent l'organisme et leur sécrétion qui l'intoxique, il faudrait une dose d'antiseptique capable de tuer le malade.

A ce moment, le rôle du médecin est-il fini? Oui, s'il n'a à sa disposition que la ressource de la thérapeutique pathogénique et s'il ne peut opposer que des contraires à la maladie, ces contraires ne pouvant être que des palliatifs s'adressant aux symptômes.

Mais pour le médecin qui a compris l'autre loi formulée par Hippocrate, il appliquera les propriétés expérimentalement connues des médicaments d'après la loi des semblables; et, soit que ces médicaments agissent en augmentant la phagocytose soit en créant l'état bactéricide toujours est-il qu'ils aident l'organisme dans son combat contre le microbe et qu'ils donnent d'éclatants résultats, comme l'attestent la pratique de milliers de médecins.

Je remarque expressément que la thérapeutique homœopathique n'est exclusive ni de la désinfection locale, toutes les fois qu'elle est possible, c'est-à-dire quand le microbe pathogène est encore accessible à nos moyens, comme dans le curetage de l'utérus, dans la pyohémie suite de couches; ni de tous les moyens qui peuvent encore empêcher le microbe pathogène de répandre ses toxines dans l'économie, comme par exemple l'ablation de la partie blessée dans le tétanos.

Je n'ai pas besoin de répéter ce que nous avons dit précédemment : que la thérapeutique étiologique conserve sa place légitime en chirurgie et dans les médications palliatives et prophylactiques.

Il ne faudrait pas non plus poser contre la loi des semblables une objection, tirée de la thérapeutique physiologique qui a sa place légitime et ses indications spéciales.

Quand M. Albert Robin guérit l'anémie plasmatique en rendant au sang les sels qui lui manquent ; que M. Huchard traite et guérit l'auto-intoxication alimentaire par le régime lacté, ils font de la thérapeutique physiologique et non de la thérapeutique pathogénique.

Certes, ces deux grands thérapeutistes méritent l'approbation des médecins et le remerciement des malades pour avoir institué un traitement véritablement efficace de l'anémie et de l'auto-intoxication alimentaire ; mais, ils sont dans l'erreur quand ils appellent ce mode de traitement : thérapeutique pathogénique. C'est tout simplement de la thérapeutique physiologique et hygiénique qu'ils font.

En effet, dans le premier cas, la thérapeutique pathogénique devrait trouver la cause qui prive le plasma de ses sels habituels, attaquer cette cause directement et la détruire ; mais en rendant au plasma sanguin les sels qui lui manquent, M. Albert Robin se borne à combattre une lésion ; il fait de la thérapeutique symptomatique, éclairée par les lois de la physiologie.

Dans le second cas, pour faire de la thérapeutique pathogénique, M. Huchard devrait rechercher la cause : l'insuffisance hépatique et rénale, d'où provient la rétention des toxines alimentaires et l'intoxication qui en

est la suite. M. Huchard ne se préoccupe même pas de cette question, il remédie à l'insuffisance hépatique et rénale non en détruisant cette insuffisance, mais en diminuant jusqu'à leurs dernières limites les toxines alimentaires, en instituant le régime lacté; il fait donc de la médication symptomatique, il fait disparaître un symptôme comme M. Albert Robin fait disparaître une lésion, mais ni l'un ni l'autre ne font de la thérapeutique pathogénique; et les arguments empruntés à ce genre de traitement et à ceux qui leur ressemblent ne prouvent absolument rien contre la thèse que nous soutenons.

Il en est de même des *injections de sérum physiologique* dans les collapsus et après les grandes hémorrhagies, ces injections à fortes doses (300 à 1.000 centimètres cubes) remplacent la transfusion du sang et restent dans la thérapeutique physiologique.

Nous devons encore essayer de déterminer la place de l'*opothérapie*. Ce mode de traitement fait partie de la thérapeutique physiologique dans la plupart des cas, quand l'administration des liquides organiques vient suppléer à l'action des organes malades, par exemple le liquide pancréatique dans le diabète ou le liquide hépatique dans les affections du foie.

D'autres liquides, le liquide thyroïdien par exemple, a une action franchement homœopathique dans le traitement du goître exophthalmique par exemple.

Je ne crois pas qu'il soit possible aujourd'hui de fixer d'une manière définitive le rôle de tous les liquides organiques dans la thérapeutique, mais quelle que soit l'extension que puisse prendre un jour l'opothérapie, cette médication n'infirmera pas les grands principes de thérapeutiques que nous avons posés plus haut.

Conclusion. — Il n'y a donc que deux thérapeutiques, la thérapeutique étiologique et la thérapeutique homœopathique.

La première s'applique à la chirurgie, aux empoisonnements, au traitement des symptômes (médication palliative et physiologique des auteurs); enfin elle gouverne encore la prophylaxie dans les maladies infectieuses.

La thérapeutique *homœopathique* ne s'applique qu'au traitement des maladies de cause interne.

La thérapeutique *spécifique* ne doit pas être conservée, car elle est ou homœopathique ou palliative.

La thérapeutique pathogénique aussi bien dans le traitement des maladies non infectieuses que dans celui des maladies infectieuses, loin de tenir le premier rang dans la hiérarchie et d'être la thérapeutique de l'avenir, n'est que celle du passé, et ne repose que sur des hypothèses.

D^r P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

PNEUMONIE DU SOMMET CHEZ UN VIEILLARD, GUÉRISON, EMPLOI DU COLLARGOL EN INJECTION INTRA VEINEUSE

L'emploi de l'argent colloïdal est encore très nouveau et les résultats obtenus par les différents expérimentateurs sont assez dissemblables; nous croyons donc intéressant de reproduire aujourd'hui une observation de M. Thiroloix (1) où l'action favorable de ce médicament paraît évidente.

M. J.

(1) *Journal des praticiens*, 17 janvier.

Le 30 décembre 1902, je suis appelé en toute hâte chez Mme B..., ma cliente depuis de longues années. Sa domestique, à mon arrivée, m'a raconté que sa maîtresse, en excellente santé le 28, jour de réception pour elle, avait été prise, au coin du feu, sans avoir subi de refroidissement, le lundi 29, à 4 heures du soir, d'un frisson général, suivi de toux et d'un point de côté à la base de la poitrine, sous le mamelon droit. La nuit avait été mauvaise, agitée, et le mardi matin 30, Mme B... fut trouvée dans son lit, inerte, sans connaissance.

Lors de mon premier examen, l'état ne s'est pas modifié. Mme B... est dans le coma, d'une pâleur cadavéreuse, les extrémités froides, alors que la température centrale est de 41°. Il est impossible d'obtenir la moindre réponse; il n'y a aucun phénomène paralytique. Un crachoir renferme quelques crachats visqueux, adhérents, demi-transparents, rouillés ou jaune ambré. Les signes physiques que révèle l'examen de la poitrine localisent un bloc pneumonique de tout le sommet du poumon droit et un petit foyer broncho-pneumonique de la base du même côté (matité sus-épineuse et sous-claviculaire, râles crépitants, souffle bronchique, bronchophonie). Le nombre des respirations est de 40.

Le poumon gauche est normal. Le pouls est à 130 avec de rares irrégularités. La langue est étalée, saburrale, blanche, humide. L'abdomen est météorisé, la rate est appréciable, les extrémités inférieures sont légèrement infiltrées. Les urines sont rares, de teinte rouge foncé, non albumineuses. Les crachats, que j'examine dans la journée, renferment des pneumocoques.

Avant de poursuivre la marche de la pneumonie, il me paraît utile d'établir rapidement les conditions de santé

antérieure de la malade. Mme B... a 81 ans et demi. Son père est mort de cancer de la langue, sa mère de cardiopathie artérielle terminée subitement. Mme B... a eu une enfance délicate, traversée d'affections bronchiques fréquentes. Mariée à 24 ans, elle a eu deux fils : l'un mort à 28 ans de tuberculose pulmonaire alcoolique, le deuxième est actuellement en bonne santé. A 35 ans, Mme B... a souffert d'une bronchite qui a duré tout un hiver. Depuis dix ans j'ai été appelé à combattre, chez cette dame, divers incidents morbides, comme constipation rebelle, dyspnée liée à une ectasie aortique, avec souffle systolique intense ; enfin, en janvier et septembre 1902, des agressions grip-pales avec bronchite diffuse. J'aurai terminé l'exposé de son passé, en disant que Mme B... est sourde depuis 20 ans, de petite taille et d'une grande maigreur. Je reviens donc à la maladie actuelle.

Aussitôt après avoir établi mon diagnostic, j'ordonne une friction avec 10 grammes de pommade au collargol à 1/5, friction qui est pratiquée à deux heures de l'après-midi.

A 6 heures du soir (1^{er} jour terminé de l'évolution pneumonique), l'état de la malade, que j'observe avec mon distingué confrère le D^r M. Auliffe, ne s'est pas modifié ; l'inconscience reste absolue, la température est à 40°, 8. A 10 h. du soir, nouvelle friction de 10 grammes.

Le mercredi 31 (2^e jour), l'état comateux a disparu, mais l'adynamie, l'assoupissement, le point de côté sous-mamelonnaire qu'exaspèrent la toux et la pression, la sécheresse de la peau n'ont subi aucune modification. La langue est moins humide, le ventre est plus météorisé. L'expectoration est difficile et les crachats ont perdu leur belle couleur safranée pour devenir moins visqueux, *mais*

non diffluents, et prendre la teinte lie de vin, jus de pruneaux.

Les pulsations radiales sont tout à fait irrégulières, arythmiques, inégales, molles. Les urines sont rares, carminées, renferment de l'albumine. La diazoréaction (teinte rouge des urines) est positive. La température est de 38°,7 le matin, de 39°,8 le soir. Une friction avec 10 gr. de pommade à 1/5 est pratiquée matin et soir.

Le 1^{er} janvier 1903 (3^e jour), à 8 heures du matin, la pommade ne me paraissant avoir aucune influence appréciable, je pratique une injection intra-veineuse de 6 cc. de la solution de collargol à 5/1000. A ce moment, le pouls est irrégulier, facilement dépressible, la céphalalgie est tenace, la sensation de courbature, de brisement est générale, la dyspnée est accusée, les crachats sont de couleur lie de vin, mais visqueux. Les signes physiques ne varient pas : il n'y a jamais eu de souffle tubaire. La langue est recouverte d'un épais enduit blanchâtre humide.

La température est de 38°,4.

A 7 heures du soir, la situation est changée et les modifications les plus remarquables que j'ai pu noter sont les suivantes : La face qui était d'une pâleur mortelle devient animée ; les yeux deviennent brillants, les pommettes rouges. La torpeur se dissipe et Mme B... reconnaît tous les siens, cause pertinemment. Le pouls est régulier, fort. Les crachats ont perdu leur aspect brunâtre, de fâcheux augure, et ont une belle apparence sucre d'orge ou marmelade d'abricots. La pneumonie adynamique, le matin, a maintenant les allures d'une pneumonie franche légitime, allures qu'elle ne perdra plus. La température est de 38°,9.

Le 2 janvier (4^e jour), la température est de 39°,3, le

pouls n'offre que de rares irrégularités. Les signes physiques n'ont pas varié. Je pratique une nouvelle injection de 6 cc. de la solution de collargol à 8 0/00. Le soir la température est de 39°,6. Les urines sont rares, rouges, renfermant de l'albumine et des pigments biliaires.

Le 3 janvier (5^e jour), l'état général reste bon. Le pouls est régulier, fort, bondissant; l'intelligence est intacte.

Les forces sont revenues au point que la malade a quitté le lit pour faire sa toilette. Néanmoins, comme le météorisme abdominal reste prononcé, avec sonorité égale en tous points, que la température se maintient à 39°,5 matin et soir, je fais une injection intra-veineuse de 6 cc. de la solution à 8 0/00.

Le 4 janvier (6^e jour), la température est de 38°,8 le matin, de 33°,1 le soir. Les crachats ont des aspects variés, safranés, jaunes et blancs. Les urines albumineuses et chargées de pigments biliaires, donnent la réaction d'Ehrlich, réaction qui n'a disparu que le 3^e jour de la convalescence. Au sommet pulmonaire droit, le souffle bronchique a disparu et on aperçoit en avant et en arrière des râles sous-crépitaux.

Le 5 janvier (7^e jour), la situation est radicalement changée. Les phénomènes critiques sont survenus : la peau est couverte d'une sueur discrète ; l'enduit saburral de la langue diminue d'épaisseur, les crachats sont décolorés, le pouls est régulier, sa fréquence normale, l'albumine et les pigments biliaires ont disparu des urines (diazo-réaction positive), et la défervescence se fait dans le délai classique, avec brusquerie, mais sans collapsus. La température, en effet, qui la veille, était de 39°,1, n'est plus le matin que de 37°,1 et le soir de 36°,8. Les signes physiques évoluent parallèlement, s'atténuent et partout domine

au niveau du bloc pneumonique le râle sous-crépitant humide. La convalescence s'installe et aucune complication n'est venue se jeter à la traverse (14 janvier).

Des déductions multiples peuvent être tirées de ce fait, et parmi elles, deux priment les autres : 1° le collargol injecté dans les veines, aux doses indiquées, est un médicament *inoffensif*; 2° le collargol ne bouleverse pas la marche naturelle de la pneumonie, ne supprime aucun symptôme, n'en précipite ni modifie la crise. Notre malade n'ayant reçu aucun autre médicament que le collargol, faut-il conclure que sa pneumonie a guéri spontanément, par expectation dissimulée, dans l'espèce, par une intervention, en apparence active ? Je n'irai pas jusque-là, mais comme le prouve la lecture de l'observation, je n'ai pas vu le collargol avoir une action élective, une influence d'arrêt sur la vitalité du pneumocoque : je n'ai rien vu qui rappelle l'expérience de Raulin, expérience dans laquelle la végétation de l'aspergillus est entravée.

On ne peut pas plus dire qu'il est un anti-thermique constant et puissant, car la chute de température s'est faite à l'heure classique. Est-il un antitoxique ! La disparition du coma, l'atténuation de l'adynamie, la régularisation du pouls, les allures franches imprimées subitement à la pneumonie, plaideront en faveur de ce mode d'action ; mais alors quelle valeur attribuer à la persistance de la diazo-réaction jusqu'au 3^e jour de la convalescence ? Le collargol semble agir par action de présence, de contact par catalytie, sollicitant les processus de défense naturels qui amènent la guérison, donnant ainsi au malade le temps et la force de guérir par lui-même.

Le collargol n'a pas été le médicament souverain, mais il a été le médicament utile contre l'infection, sans nuire

à l'organisme, c'est beaucoup ; aussi, à cet égard, mérite-t-il qu'on en use dans le présent, tant que la constitution médicale, comme disait Trousseau, aura une influence personnelle sur le mode d'action de ce médicament.

L'ANOPHÈLE, LA FIÈVRE INTERMITTENTE ET LE MASQUE EN TOILE MÉTALLIQUE

MM. Sergent, publient dans les *Annales de Pasteur* (25 janvier 1903), un mémoire sur la prophylaxie de la fièvre intermittente par la destruction des anophèles et par les moyens mécaniques de protection contre les piqûres de ces insectes.

Les résultats des moyens employés pour la prophylaxie leur paraissent très convaincants, ce qui prouve qu'ils ne sont pas bien difficiles.

Les larves d'anophèle ont été diminuées de quantité, mais non détruites par le pétrolage de l'eau d'un canal d'irrigation. La pose de grillages aux ouvertures des maisons, les gants, casques et masques employés pour se protéger de la piqure des anophèles n'ont pas empêché ces insectes de pénétrer, en petit nombre il est vrai, dans les appartements. Et quant aux résultats sur le personnel de la gare où se sont faites ces expériences, quatre personnes ont été préservées de la fièvre pendant un an. Ajoutons que ces quatre personnes prenaient du sulfate de quinine à titre préventif.

Si on veut se reporter au travail de M. Montoro de Francesco, analysé dans l'*Art médical* de juin 1902, on se convaincra que la petite expérience de MM. Sergent (quatre

personnes préservées), est bien peu de chose auprès du travail du médecin italien.

Il résulte de ce travail que les masques, les gants épais, les grillages de portes et fenêtres, essayés dans la Calabre sur les indications de Grassi, n'ont absolument rien produit sur la prophylaxie.

D^r WAGNER.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

PNEUMONIE. — PLEURÉSIE FIBRINEUSE. — RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — INSUFFISANCE MITRALE.

Obs. 1. — *Pneumonie* chez une enfant de 8 ans, guérie très rapidement le sixième jour de la maladie, après quarante-huit heures de traitement.

Alice G., âgée de 8 ans, entrée le 8 janvier 1903, couchée au n° 7.

Père et mère bien portants.

La maladie débute le lundi 5 janvier par de la fièvre, des douleurs vagues dans la région lombaire, quelques frissons. Déjà depuis quelques jours la malade se plaignait de malaise.

Le 6, la fièvre augmente et la malade est prise la nuit de délire.

Le 8. Elle entre à l'hôpital Saint-Jacques, le quatrième jour de la maladie.

A ce moment : (matin) Température 39°7, pouls 128 pulsations.

Etat général. Malade abattue.

Auscultation : Poumon gauche en arrière : Souffle tubaire, à la partie moyenne, sans râles crépitants.

Urines : albumine.

La malade n'expectore pas.

On donne Bryone (6°) II gouttes.

Le soir. La malade délire et cet état dure jusqu'à 5 heures du matin.

Le 9 matin. Le souffle tubaire a beaucoup diminué. Le pouls est toujours rapide. L'état général est plus satisfaisant. T. 37°8.

On donne Phosphorus (6°) II gouttes.

Le soir. T. 37°7.

La malade passe une nuit calme sans délire.

Le 10 matin. Le souffle tubaire a encore diminué. Plus d'albumine dans les urines. Etat général bon. T. 37°3.

On donne Phosphorus (6°) II gouttes.

Le soir. T. 37°.

A partir du 10, la température se maintient continuellement entre 36° et 37°, n'atteignant jamais, même le soir, ce dernier chiffre. La malade est gaie, joue dans son lit, ne se plaint de rien, mais tousse ; la toux est grasse. A l'auscultation, on trouve en arrière, à gauche encore, un peu de souffle tubaire et des râles sous-crépitaux.

On donne le 11. Phosphorus (6°) II gouttes.

Le 12, 13 et 14. Bryone (6°) II gouttes.

Le 15 et 16. Tartarus emeticus (6°) II gouttes.

Le 16. L'état général est toujours très bon, mais la toux persiste.

Auscultation. En arrière, poumon gauche, vers la par-

tie moyenné, encore léger souffle tubaire ; râles sous-crépitaunts moins nombreux.

Le 17. Tartarus emeticus (6°) II gouttes.

Le 18. Le souffle a disparu ; les râles vont en diminuant, mais la toux persiste. Pas de température.

Tartarus emeticus (6°) II gouttes.

Le 19. Plus de souffle, moins de râles. La toux persiste. La malade a de la diarrhée, pour laquelle on donne :

Rhéum (T M) V gouttes.

Le 20. La diarrhée a cessé. A l'auscultation on perçoit encore quelques râles sous-crépitaunts fins. On donne :

Iodium (6°) II gouttes.

Le 21. Les râles ont complètement disparu ; la résolution est complète.

Réflexions. — Le premier point à signaler dans cette observation est l'existence d'un délire avec grande agitation dès le troisième jour de la maladie, et sans une élévation considérable de la température.

Ce délire constituait une anomalie pathologique ; dans la pneumonie ordinaire, il n'apparaît qu'à la fin du premier septenaire et est accompagné de symptômes qui déclarent une extrême gravité de la maladie. Ce délire précoce nous fit diagnostiquer une pneumonie grippale ; les antécédents de la malade venaient confirmer ce diagnostic, puisqu'au lieu du début brutal de la pneumonie franche, la maladie de cette enfant avait été précédée de plusieurs jours de malaise.

La chute de la fièvre, le sixième jour et après quarante-huit heures de traitement est un fait qui s'observe fréquemment dans la pneumonie des enfants ; il nous a rappelé involontairement l'observation lue par M. Moutard

Martin, à la Société des hôpitaux, d'un enfant de 7 ou 8 ans, traité par le collargol, et guéri comme notre malade en quelques heures. Ces faits ne prouvent absolument rien pour la thérapeutique, si l'on veut se rappeler la bénignité relative de la pneumonie chez les enfants.

Obs. 2 — *Pleurésie fibrineuse*. — Guérison dans la sixième semaine, traitée par bryone, cantharis et hepar sulfuris.

Jean A. âgé de 57 ans, charbonnier, entré le 30 décembre 1902.

Père mort à 68 ans d'une affection aiguë. Mère morte vers l'âge de 40 ans.

Rougeole à 4 ou 5 ans.

Fièvres intermittentes en 1870 en Algérie. N'a plus eu d'accès depuis 30 ans.

Début. Le 3 décembre par des points de côté à gauche et des frissons répétés. Le malade se met à tousser, vomit. Il continue cependant à travailler jusqu'au 10 décembre, époque à laquelle il s'alite. Il se soigne lui-même chez lui.

Il entre à l'hôpital Saint-Jacques le 30 décembre 1902, 27 jours après le début de sa maladie. T. 38° 2. On constate à gauche un épanchement moyen.

31. On donne Bryone (6°) II gouttes. T. 38° 2.

1^{er} janvier. Bryone (6°) II gouttes T. 37° 4.

2. On donne Cantharis (6°) II gouttes. T. 37° 4.

3. 31^e jour. Le malade se plaint de n'avoir pas d'appétit ; d'avoir le matin d'abondantes sueurs. Il tousse, mais ne vomit plus. Les points de côté ont disparu. Il va normalement à la selle.

Côté gauche en arrière : Matité, dans toute la hauteur.

Abolition des vibrations thoraciques, surtout à la base.

Diminution du murmure vésiculaire, plus accentuée à la base.

Pas de souffle.

Pas d'égophonie. Mais voix diminuée, à timbre plus élevé.

En avant. A la percussion, sonorité un peu exagérée sous la clavicule.

Pointe du cœur, déviée à droite vers l'appendice xyphoïde.

On donne Cantharis (6°) II gouttes. T. 36° 8.

4. L'épanchement commence à se résorber; cette résorption ira en s'accroissant les jours suivants et bientôt on perçoit des frottements.

Le malade continue à ne plus avoir de température.

On donne jusqu'au 9 janvier (37° jour de la maladie) :

Cantharis (6°) II gouttes.

Depuis le 9, on donne : Hepar sulfuris (6°) II gouttes.

Réflexions. — Ce malade est entré dans notre service à la fin de la quatrième semaine de sa maladie; il n'avait subi aucun traitement. Il présentait un mouvement fébrile modéré, et un épanchement occupant les 2/3 inférieurs de la plèvre du côté gauche.

Bryone à la 6° dilution fit tomber complètement la fièvre au bout de trois jours. Je prescrivis alors cantharis (6°). Au bout de quarante-huit heures l'épanchement commençait à se résorber et il avait complètement disparu le 9 janvier, huit jours après avoir commencé cantharis et

à la fin de la cinquième semaine de la maladie. Hepar sulfuris (6°) fut prescrit ensuite. La convalescence se fit lentement ; le malade commença à se lever le 15 janvier et la toux disparut peu à peu.

OBS. 3. — *Rhumatisme articulaire aigu* chez un alcoolique ; délire. Chininum sulfuricum et aconit. Bons effets du vin,

X., 40 ans, boulanger. Pas d'antécédents héréditaires.

Alcoolique, accuse 4 litres 1/2 de vin en vingt-quatre heures.

Entré à l'hôpital le vendredi 9 janvier avec une attaque de rhumatisme articulaire aigu dont le début remonte à huit jours. D'après le dire de sa femme, il terminait, au moment de son entrée, une pneumonie.

Etat actuel. — Tousse beaucoup, crachats visqueux. Pas de point de côté. A l'auscultation on constate la présence de quelques râles et d'une respiration rude au sommet droit. Dans les crachats on trouve des pneumocoques dont quelques-uns encapsulés. T. 39. Pouls 84.

On donne pendant deux jours Bryone (6°) et Ipeca (6°) : suppression de toute boisson alcoolique.

Au point de vue de son attaque de rhumatisme articulaire aigu le malade a toutes ses articulations prises. Impossibilité absolue de faire le moindre mouvement. Sueurs abondantes. A l'auscultation du cœur on n'a jamais constaté rien d'anormal.

Le dimanche 11, vers 8 heures du soir, le malade a été pris de délire. Ne reconnaissant personne, retenu seulement dans son lit par ses douleurs. Une piqûre de morphine le calma rapidement.

Le 12 janvier, il ne lui restait aucun souvenir de ce délire. Il répond mal aux questions qu'on lui pose et se plaint beaucoup de ses douleurs. On prescrit deux cachets de sulfate de quinine de 0,10 et une potion d'opium (1^{er} déc.) 0,10. Le 15 l'état restant stationnaire, on augmente la quinine. Trois cachets de 0,20 par jour en continuant toujours l'opium. La température oscille entre 37°5 et 38°5.

Dans la nuit du 15 au 16 le malade a été repris de délire il s'est levé pour se coucher dans le lit voisin du sien. Ses douleurs sont un peu calmées, on donne quatre cachets de 0,20 centigrammes de quinine par vingt-quatre heures.

Le 20 on prescrit Aconit T. M. XXX, les douleurs disparaissent peu à peu. Mais l'état de délire persiste ; on permet alors au malade de boire un verre de vin par jour le matin.

Le 24 la fièvre tombe; le malade se sent beaucoup mieux. On supprime l'opium et on continue l'aconit pendant trois jours encore.

Le malade est actuellement complètement guéri sur le point de quitter l'hôpital et de reprendre son travail.

Réflexions. — Le rhumatisme articulaire aigu s'observe quelque fois dans le cours ou pendant la convalescence d'une pleurésie ; en somme, l'inflammation de la plèvre est, dans ce cas, de même nature que l'inflammation articulaire, mais je n'avais jamais rencontré de rhumatisme articulaire aigu dans la convalescence d'une pneumonie.

A part cette circonstance assez exceptionnelle, ce rhumatisme n'a présenté, au point de vue clinique, que l'intérêt d'un délire intense qui aurait pu faire penser à un rhumatisme cérébral. Nous fûmes vite rassuré par l'état de la température qui atteignait un degré fort modéré,

38°,5 le soir et nous trouvâmes l'explication de ce délire dans les habitudes alcooliques du malade.

C'est en nous basant sur cette circonstance étiologique que nous avons rendu à notre rhumatisant l'usage d'une certaine quantité de vin. Cette mesure a été suivie d'une très prompte amélioration et la convalescence a commencé quelques jours après.

Nous remarquons que onze jours de traitement ont suffi à la guérison totale de ce rhumatisme ; que le sulfate de quinine et l'aconit nous ont donné un résultat qui n'a rien à envier au salicylate.

Obs. IV. — *Insuffisance mitrale*. Compensation menacée.
Digitaline.

La nommée Marthe X. âgée de 17 ans, domestique, entrée le 13 janvier 1903, grande salle, lit n° 9.

Père et mère vivants et bien portants.

Variole à 2 ou 3 ans.

En 1898, à l'âge de 13 ans, elle a une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui dure trois mois.

A la suite, ne pouvant courir, et ressentant à la région précordiale des Joleurs lancinantes (sensation de piqûres d'aiguilles) elle va consulter à l'hôpital des Enfants malades, où on lui découvre une maladie de cœur.

En juin 1900, nouvelle attaque de rhumatismes, pour laquelle elle est soignée à l'hôpital Saint-Jacques.

En novembre 1902, elle vient à la consultation de l'hôpital Saint-Jacques pour des douleurs à la région précordiale et de la gêne en respirant ; elle a à ce moment de l'œdème des malléoles et de la moitié de la jambe.

Elle entre à l'hôpital Saint-Jacques et y reste trois semaines. On lui donne cantharis et belladone.

Elle a été réglée à l'âge de 15 ans et l'a toujours été normalement depuis.

Le 13 janvier. Elle entre de nouveau à l'hôpital Saint-Jacques pour :

Douleurs à la région précordiale; sensation de gêne et douleurs en respirant. Elle dit avoir eu des suffocations le 11 et avoir eu de l'œdème des malléoles et de la moitié inférieure de la jambe ces temps derniers. Actuellement l'œdème a disparu.

Palpation. Pointe du cœur bat au niveau du mamelon, un peu à droite.

Percussion. Matité précordiale ne semble pas augmentée.

Auscultation. Souffle systolique à la pointe.

Pouls. Petit; 80° pulsations à la minute.

Poumons. Rien. Urines. Pas d'albumine.

Température normale.

Le 14, on donne : Aconit T. M. XX gouttes.

15, 16, 17, 18. Vératrum T. M. III gouttes.

On donne vératrum, parce que la malade a de la diarrhée.

Le 19. Diarrhée a cessé on donne: Digitaline (3° dilution décimale) VI gouttes.

Du 20 au 30. Même traitement

Le 30, la malade sort améliorée.

Réflexions. — Ceci est un cas classique : une première attaque de rhumatisme articulaire aigu a laissé chez cette jeune fille une endocardite chronique, ayant amené l'insuffisance de la valvule mitrale. La compensation, mal établie, a été plusieurs fois menacée chez cette malade et a nécessité chaque fois son entrée à l'hôpital.

La dyspnée, les palpitations et surtout l'œdème pré-tibial et au niveau des malléoles dénotaient l'affaiblissement du muscle cardiaque.

J'ai prescrit mon traitement habituel : digitaline au 1/1000, VI gouttes par jour. L'amélioration n'a pas tardé à se produire et la malade est sortie en assez bon état.

Dans les cas analogues la digitaline, à cette petite dose administrée pendant quinze jours, suivis de quinze jours de repos, et continuée pendant des années, m'a donné d'excellents résultats.

D^r P. JOUSSET.

MÉDECINE PRATIQUE

SÉROTHÉRAPIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Nous reproduisons la communication que le professeur Chantemesse a fait sur ce sujet au Congrès égyptien.

« Du 1^{er} avril 1901 au 1^{er} décembre 1902, 1.478 typhoïdiques ont été soignés dans les hôpitaux parisiens, en dehors du bastion 29, avec 286 décès, soit 19,3 p. 100 de mortalité. Dans cette même période, 188 dothiéntériques ont été admis dans mon service du bastion 29 et traités par le sérum antityphique; 7 ont succombé, soit une mortalité de 3,7 p. 100.

J'ai déjà publié 70 cas avec 4 morts, et 100 autres cas (statistique de l'année dernière) avec 6 morts; soit au total 356 cas traités dans mon service, avec 17 décès, c'est-à-dire 4,7 p. 100.

A l'hôpital de la marine de Saint-Mandrier, du 10 août 1902 à fin novembre, 151 malades ont été injectés par MM. Planté et Foucault, avec 13 morts, soit 8,7 p. 100.

« En tout, je possède actuellement 507 cas traités par le sérum, avec 30 morts, soit 6 p. 100. Chez les enfants, les résultats sont favorables et M. Josias les fera connaître prochainement. Toutefois ces 507 cas traités à l'hôpital par le sérum ne permettent pas de porter un jugement définitif au sujet de la valeur exacte de ce moyen thérapeutique; pour fonder une démonstration, il faudra des milliers de cas et des années d'observation.

« Sur les 186 cas de ma plus récente statistique, j'ai compté 5 perforations intestinales dont 2 furent opérées avec succès par M. Chevalier. Ces 5 malades avaient été injectés : 1 le douzième jour, 3 le dixième jour et 1 le huitième jour. Je n'ai pas encore observé de perforation chez des sujets traités par le sérum dans le premier septenaire.

« Concurrément avec la sérothérapie, j'ai recours aux bains froids ou chauds et aux affusions froides; ces deux médications s'entr'aident et, employées simultanément, décuplent simultanément leurs effets propres. »

Nous retenons le chiffre de 19,3 p. 100 de mortalité par la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris et nous signalons de nouveau que cette proportion a d'excessif, comparée au résultat obtenu à l'hôpital Saint-Jacques.

Quant au chiffre de mortalité dans la fièvre typhoïde, traitée par la sérumthérapie, il nous impressionnerait bien davantage si le professeur Chantemesse, pour répondre aux préjugés régnants, n'avait eu la malheureuse pensée de joindre au traitement par le sérum celui de la balnéation froide, et de frapper ainsi de nullité les chiffres qu'il a produits.

D^r WAGNER.

PATHOLOGIE

LA PATHOGENIE DE LA COLIQUE HÉPATIQUE

« C'est de Lyon aujourd'hui que nous vient la lumière ». Jusqu'ici on avait enseigné que dans la colique hépatique la douleur était due au cheminement du calcul à travers les voies biliaires, qu'il y avait ou non ictère suivant que le canal cholédoque restait libre ou était oblitéré, et que cette fièvre particulière que Charcot appela fièvre hépatalgique était pour beaucoup produite par l'inflammation des voies biliaires. Les professeurs Tripier et Paviot, de Lyon, trouvent que tout ceci est vieux jeu et qu'en somme le processus entier de la colique hépatique s'explique par la péritonite.

Voici l'axiome qu'ils ont posé : « Les affections des viscères abdominaux ne donnent lieu à des crises douloureuses, que lorsque le péritoine qui les entoure est intéressé par un processus inflammatoire aigu ou subaigu, et la douleur est d'autant plus vive que l'exsudat liquide est moins abondant » (*Semaine médicale* 1903, page 30).

Examinons donc successivement, à la clarté de cette proposition les trois symptômes de la colique hépatique : la douleur, l'ictère et la fièvre.

Douleur. — Les arguments sur lesquels s'appuient MM. les professeurs Tripier et Paviot pour démontrer que la douleur de la colique hépatique est toujours due à une

péritonite, sont au nombre de trois : la variabilité du siège de la douleur, l'existence fréquente d'adhérences anciennes constatées dans les autopsies à la région sous-hépatique, l'existence incontestable d'observations de calculs enchâssés dans les canaux biliaires chez des malades n'ayant jamais présenté de coliques.

Il est facile de répondre à ces arguments. Le siège de la douleur n'est pas aussi variable qu'on le prétend ; si on l'a perçu quelquefois dans la région de l'appendice ou à l'épaule droite du malade, c'est à titre d'irradiations ; mais il est presque toujours facile par une exploration convenable, de localiser le siège de cette douleur au centre de la vésicule. Quant au fait de calculs enchâssés dans les voies biliaires sans coliques hépatiques antécédentes, il s'explique par le mécanisme de cet enclavement qui s'est fait graduellement et qui ne s'est point accompagné du cheminement du calcul. Sans doute, la présence d'adhérences est un signe d'anciennes péritonite, mais jamais ni nous, ni aucun des anciens auteurs, n'avons mis la possibilité d'une inflammation circonscrite du péritoine, coïncidant avec l'inflammation de la vésicule biliaire. Seulement, cette péritonite qui se rencontre surtout dans les cas anciens est plus ou moins latente et n'explique en rien la crise de douleur hépatique.

Si on veut bien réfléchir que la colique hépatique même la plus intense débute très rapidement en quelques minutes et disparaît le plus souvent tout d'un coup après une durée de quelques heures, on conviendra facilement qu'il est difficile de rattacher ce symptôme à une péritonite. J'ajoute que si on acceptait l'axiome posé par MM. les professeurs Tripier et Paviot, il faudrait expliquer par la péritonite la douleur des coliques néphrétiques qui

chemine le long de l'uretère, la douleur de la colique simple dont l'intensité va quelquefois jusqu'au vomissement et à la lipothymie, et enfin la colique de plomb qui, malgré sa longue durée, ne s'est jamais accompagnée de péritonite.

Ictère. — Il est d'observation clinique que l'ictère manque fréquemment dans la colique hépatique. Nos auteurs combattent les explications qui ont été fournies pour rendre compte de l'absence de l'ictère dans la colique hépatique. La petitesse du calcul qui permettrait le passage de la bile dans le cholédoque, ne pourrait, suivant eux, expliquer la douleur par la distension d'un canal qu'il est incapable de produire. Ils rejettent également l'explication qui place le siège du symptôme douleur dans le canal cystique. Les raisons fournies à l'appui de cette explication sont exposées d'une manière fort obscure ce qui rend leur réfutation difficile; toujours est-il que quand il n'y a pas d'ictère dans la colique hépatique, la bile continue de passer dans le canal intestinal et de teindre les matières fécales, que par conséquent, le canal cholédoque est libre; quand il y a ictère, la bile cesse d'affluer dans le canal intestinal et le canal cholédoque est obturé. Et je ne vois pas, et nos auteurs n'ont point fait voir, comment on pourrait expliquer par la péritonite, la rétention ou le non rétention de la bile et par conséquent l'ictère.

Fièvre. — Quant au mouvement fébrile, MM. Tripier et Paviot peuvent en exagérer la fréquence; ils sont néanmoins obligés de concéder que, dans les coliques hépatiques les plus graves comme douleur et comme symp-

tômes généraux, le pouls peut être lent, la chaleur normale ou même inférieure à la normale.

Dans ces cas, complètement apyrétiques, nos auteurs admettent qu'il existe une péritonite, mais une péritonite avec hypothermie; or, une péritonite avec hypothermie est une péritonite voisine du collapsus, extrêmement grave; comment se fait-il qu'au bout de quelques heures presque sans transition, le malade revienne à une santé parfaite.

Concluons donc que, dans la colique hépatique comme dans la colique néphrétique, la douleur s'explique par le cheminement du calcul, l'ictère comme l'anurie par l'oblitération des voies d'excrétion, et que la fièvre, quand elle existe, tient pour une part à l'inflammation de l'appareil excréteur, à la résorption des principes des éléments excrémentitiels et quelquefois pour une toute petite part, à la péritonite concomitante.

D^r R. WAGNER

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

- I. DEUX CAS DE PNEUMONIE TRAITÉS PAR LE COLLARGOL. —
II. NÉPHRITES CHRONIQUES BILATÉRALES CONSÉCUTIVES A DES LÉSIONS TRAUMATIQUES D'UN SEUL REIN. — III. NOTE SUR UNE NOUVELLE RECHERCHE DU BACILLE TUBERCULEUX. —
IV. COLLARGOL, INDICATIONS DIVERSES, MODE D'EMPLOI, DOSES, EFFETS, MÉCANISME DE SON ACTION.

(Séance du 26 décembre 1902). — MM. MOUTARD-MARTIN

et THAON font une communication sur deux cas de pneumonie traités par des injections intra-veineuses de collargol. Ils ont remarqué chez ces deux malades et chez d'autres soumis au même traitement que trois heures après l'injection la température montait de 2 à 6 dixièmes : la température descend ensuite.

Chez le premier malade une seule injection le quatrième jour a suffi pour faire tomber la température de 40° à 37.2 ; on pourrait, il est vrai, se demander s'il s'agit d'une défervescence naturelle.

Chez le second, on a dû faire 4 injections et la température est descendue graduellement.

II

MM. CASTAIGNE et RATHERY lisent un mémoire sur les *néphrites chroniques bilatérales consécutives à des lésions traumatiques d'un seul rein*. En se basant sur des faits cliniques, anatomiques et expérimentaux ils arrivent à cette conclusion, que les lésions du second rein sont consécutives aux altérations traumatiques du premier et sont commandées par elles.

Faits cliniques. — Les auteurs publient 5 observations seulement, se bornant à des sujets jeunes et n'ayant pas d'autres causes de néphrite interstitielle que leur lésion rénale traumatique unilatérale. Ces observations se ressemblent beaucoup ; voici le résumé succinct de la première.

Une femme de 26 ans, sans aucune tare pathologique pouvant expliquer le développement d'une néphrite interstitielle, fait une chute à l'âge de 13 ans, à la suite de laquelle on constata un rein flottant à droite. A l'âge

de 23 ans, violentes douleurs dans le rein droit, l'empêchant de travailler. On constate une hydronéphrose, mais elle refuse de se laisser opérer. M. Castaigne la voit à Tenon en août 1897 ; à ce moment hydronéphrose droite ; en même temps signes de néphrite interstitielle (urines abondantes, peu denses, pauvres en urée, contenant des traces d'albumine ; élimination du bleu retardée et prolongée) et le syndrome cardio-artériel (hypertrophie du cœur, bruit de galop gauche, hypertension artérielle).

Mort dans l'urémie ; à l'autopsie, rein droit déplacé, atteint d'hydronéphrose, à un tel point qu'il n'existait plus qu'une coque périphérique très mince et des cloisons dans lesquelles on trouvait encore quelques débris de parenchyme, le rein gauche présentait l'aspect classique du petit rein rouge contracté, avec les lésions histologiques de la néphrite intermittente ; le cœur était hypertrophié ; il n'y avait pas de lésions athéromateuses des artères.

Faits expérimentaux. — « L'ensemble de nos expérimentations apporte bien la preuve qu'une lésion traumatique d'un rein exerce une action nocive sur l'autre rein ; en effet nous avons pu suivre pas à pas, pour ainsi dire, le développement de ces lésions.

« 1° Dans une première série d'expériences nous avons pratiqué à des lapins des lésions traumatiques d'un rein (ligature d'uretère ou d'artère, traumatismes, pointes de feu profondes) et nous avons sacrifié les animaux dans la première semaine qui a suivi. Nous avons constaté qu'à ce moment le rein opposé présentait des lésions très nettes portant avec prédominance sur l'épithélium et réalisant le type lésionnel que nous avons décrit sous le nom de

« cytolysse protoplasmique » (1). Si nous faisons remarquer dès maintenant que cette lésion n'existe pas sur le rein laissé en place dans les cas où l'on fait une néphrectomie unilatérale, on conçoit que nous soyons en droit de l'attribuer à la lésion traumatique de l'autre rein ;

« 2^o Dans une seconde série d'expériences portant sur 12 lapins, nous avons lié un uretère, et nous avons laissé vivre les animaux de façon à voir si leur santé en serait ou non altérée. Ils présentèrent tous de l'albuminurie à la suite de cette opération et l'on put constater que leurs poids diminua rapidement dans les jours qui suivirent ; 4 d'entre eux moururent dans les quinze premiers jours sans que leur autopsie pût déceler d'autres causes de mort que les lésions rénales ; 6 furent sacrifiés dans le premier mois afin de savoir dans quel état histologique était leur rein : on trouva toujours des lésions très intenses dans le rein opposé à celui dont on avait lié l'uretère.

« Deux des lapins furent laissés vivants au bout du premier mois, mais moururent l'un dans le cours du troisième, l'autre dans le cours du sixième mois ; le rein opposé présentait des lésions très intenses de l'épithélium et quelques altérations du tissu conjonctif.

« Nous avons donc ainsi la preuve que l'altération mécanique d'un rein entraîne la production de lésions sur son congénère, mais nous n'étions pas encore arrivés à produire des lésions de néphrite chronique analogues à celles que nous avons constatées chez nos malades.

« Cela tenait sans doute à ce que nos animaux ne sur-

(1) J. Castaigne et F. Rathery. Lésions expérimentales de l'épithélium des tubes contournés, *Comptes rendus et Mém. de la Soc. de Biol.*, 17 mai 1902.

vivaient pas assez longtemps en raison de leur faible taille et de leur peu de résistance ; c'est du moins ce que nous permettent de supposer les résultats que nous avons obtenus chez le chien ;

« 3° Nos expériences sur le chien ont été faites de la façon suivante : nous avons choisi 3 jeunes chiens de forte taille et nous avons lié : au premier un uretère, au second son artère rénale droite, à l'autre le pédicule vasculaire tout entier. Ces expériences remontent à plus d'un an : la chienne dont nous avons lié l'uretère est morte au bout de sept mois ; dans l'intervalle elle avait été couverte et avait accouché de 4 petits chiens ; elle mourut après avoir présenté une série de crises convulsives. Le rein dont l'artère rénale avait été lié était très atrophié ; le rein opposé présentait des lésions diffuses (sclérose au début et altérations épithéliales).

« Le chien dont l'uretère avait été lié est mort au bout d'un an ; d'un côté nous constatons que le rein très hydro-néphrosé, est remplacé par une coque fibreuse ne contenant plus aucune parcelle de substance noble. L'autre rein présente à sa surface un grand nombre de petits kystes et bactériologiquement nous pouvons constater toutes les lésions d'une néphrite interstitielle des plus nettes.

« Le troisième chien dont nous avons lié le pédicule vasculaire d'un rein est encore vivant, mais il présente de l'albuminurie d'une façon constante et nous avons tout lieu de supposer que nous constaterons chez lui des lésions scléreuses du rein opposé à la ligature, et que ces lésions seront peut-être même plus avancées en raison de leur évolution plus lente. »

La pathogénie de ces accidents semble explicable de la

manière suivante : les lésions du rein opposé, dans les cas d'altérations traumatiques d'un seul rein, sont dues aux produits de désintégration des cellules épithéliales du rein traumatisé qui, mis en circulation dans l'organisme, ont une action lésionnelle élective sur le congénère.

M. Castaigne base cette théorie sur les faits suivants : dans l'hydronéphrose, il peut arriver que le rein soit réduit à une simple coque fibreuse ; il est donc évident que les produits de désagrégation des cellules rénale, sont mis en circulation dans l'organisme ; du reste, en ponctionnant le liquide continu dans la poche, il a constaté qu'il contenait des leucocytes fortement granuleux qui, sur certaines préparation contenaient englobés des débris de cellules rénales. D'un autre côté, si on injecte à un lapin, en une fois, l'émulsion provenant de deux reins de cobaye, l'animal périt en vingt-quatre heures, après avoir présenté de l'albuminurie ; si l'on a injecté que l'émulsion d'un seul rein, les lapins présentent des accidents toxiques (albuminurie et amaigrissement [progressif] et meurent au bout de huit à quinze jours ; ils présentent dans leurs tubuli contournés des lésions de cytalise protoplasmique très marquée.

III

(Séance du 9 janvier). — M. A. Jousset communique un résultat de ses travaux bactériologique, *une nouvelle méthode pour rechercher le bacille tuberculeux* qu'il appelle inoscopie (de $\iota\varsigma$, $\iota\nu\omicron\varsigma$, fibrine).

Après avoir rappelé combien la recherche de ce bacille dans les épanchements séreux et le sang est difficile et peut souvent ne pas révéler la présence du bacille, après

avoir montré que dans ces cas l'inoculation elle-même ne donnait pas de résultats, il établit que c'est à la coagulation qu'il faut rapporter les succès, coagulation qui emprisonne le bacille.

Voici comment M. Jousset opère pour rechercher le bacille dans le caillot des exsudats pleurétique, ou dans le caillot sanguin. Il lui a paru avantageux de dissoudre la fibrine dans un liquide approprié, n'altérant pas les bacilles. Après de nombreux tâtonnements, il a définitivement adopté une technique, dont les détails sont exposés dans un pli cacheté déposé le 17 novembre dernier à l'Académie de médecine. Voici le principe de la méthode.

« Digérer dans une sorte de suc gastrique artificiel fluoré et légèrement pepsiné le caillot spontanément formé (s'il s'agit de sang ou de liquide pleurétique) ou artificiellement produit par addition de fibrinogène (s'il s'agit d'urines ou de liquides incoagulables). Centrifuger l'émulsion produite, et dans le culot de centrifugation colorer le bacille par les méthodes usuelles très légèrement modifiées. »

Voici les résultats obtenus :

Pour les pleurésies séro-fibrineuses préventives, l'examen inoscopique a vingt fois sur vingt épanchements permis de trouver le bacille. Sur six péritonites tuberculeuses ascitiques, six résultats positifs. Deux cas d'épanchement péritonéal qui, cliniquement, évoluaient avec les allures les plus nettes de cirrhoses alcooliques pures ont été par ce moyen rapportés à la tuberculose. L'autopsie a vérifié ce résultat en montrant, à côté de lésions scléro-tuberculeuses discrètes du foie, quelques rares granulations cachées vers le tube du mésentère.

A la séance suivante (16 janvier) M. BECLÈRE rapporte en faveur de la méthode proposée par M. André Jousset trois cas d'ascite à diagnostic un peu obscur, qui ont été reconnus tous les trois tuberculeux, grâce à l'examen inoscopiques; la marche ultérieure des accidents confirme ce résultat.

IV

M. NETTER fait une nouvelle communication sur le *collargol*, qu'il a largement employé depuis sa première communication, puisqu'il a recueilli plus de 130 observations tant à la ville qu'à l'hôpital.

Le 12 décembre il signalait des cas de péricardite, de pneumonie, de fièvre typhoïde, de scarlatine, de diphtérie grave, de méningite cérébro-spinale suppurée, de tuberculose aiguë pneumonique, d'infection purulente. Il peut joindre désormais à cette liste des cas d'infection puerpérale, d'ostéomyélite, d'appendicite, d'endocardite infectieuse, d'endocardite et de chorée rhumatismales, de phlébite, de broncho-pneumonie, de broncho-pneumonie gangréneuse, de dilatation bronchique, de pleurésie séro-fibrineuse ou purulente, d'érythème noueux, de grippe, etc. Dans tous ces cas la médication s'est montrée utile. On voit combien ses indications sont nombreuses.

Les procédés d'administrer le collargol sont très variés. En dehors des frictions et des injections intraveineuses qui sont les procédés de choix, M. Netter a utilisé les injections sous-cutanées et administré par la bouche le collargol en pilules ou en solution. Il ne parlera pas des résultats que lui ont donnés les ingestions du collargol par le tube digestif. Cette médication, réservée du reste

exclusivement jusqu'ici aux affections du tube digestif et du système nerveux, n'a été employée par lui que dans un petit nombre de cas.

Quant aux injections sous-cutanées, il ne les croit pas appelées à un grand succès. Elles exposent à la production ultérieure d'abcès, comme cela s'est vu chez un de ses malades sur lequel cette injection avait du reste été suivie de très bons résultats. L'injection sous-cutanée est incomparablement moins active que l'injection intraveineuse. Elle n'offre, semble-t-il, pas beaucoup d'avantages sur les frictions avec la pommade.

Les frictions sont et resteront la méthode la plus simple et la plus usuelle d'administrer le collargol. Quelles que soient les opinions émises par les physiologistes au sujet de l'absorption cutanée de beaucoup de médicaments, on ne saurait mettre en doute celle de l'argent colloïdal.

Dans beaucoup de ses observations, la preuve de cette absorption a été fournie par la sensation de goût métallique accusée par le malade cinq à six heures après la friction. Le même goût était généralement, au même moment, ressenti par la personne qui pratiquait la friction. Klimmer a, du reste, trouvé de l'argent dans les viscères d'une femme traitée par les frictions de collargol.

Pour que la friction soit réellement efficace, il faut préparer la peau de la façon suivante : On commencera par laver à l'eau savonneuse, on passe ensuite au sublimé, à l'alcool ou à l'éther, comme s'il s'agissait de préparer un champ opératoire. La région ainsi nettoyée est ensuite frottée énergiquement avec la brosse pour amener la rubéfaction. Alors seulement, on fait l'onction, en employant, suivant l'âge, 1, 2, ou 3 grammes et en y mettant quinze à trente minutes.

Les injections intraveineuses permettent, naturellement, d'introduire plus rapidement dans la circulation des proportions plus élevées d'argent colloïdal. L'opération ne présente aucun danger. Quelque opinion que l'on puisse se faire, *a priori*, les veines supportent facilement l'introduction de quantités de 5-10 centimètres cubes de solution à 1 p. 100. On peut, s'il y a lieu, renouveler les injections plusieurs jours de suite.

La technique est celle des injections veineuses en général.

Le choix entre les frictions et les injections intraveineuses se décidera suivant diverses raisons.

On aura recours aux injections intra-veineuses dans les cas graves où il faut agir fort et vite. M. Netter les a employées particulièrement avec profit dans un cas d'infection puerpérale, dans une endocardite infectieuse à staphylocoques, dans une péricardite à forme typhoïde, dans une endocardite rhumatismale, dans plusieurs pneumonies, fièvres typhoïdes, diphtéries graves, etc.

Il a été amené, d'autres fois à recourir d'emblée aux injections parce que l'état de la peau ne paraissait pas permettre l'absorption à la suite de frictions, œdème généralisé, anémie profonde, etc.

Suivant la gravité des cas, on sera amené à répéter les injections intra-veineuses ou les frictions. Nous avons chez un malade fait pratiquer des injections intraveineuses cinq jours consécutifs. Chez d'autres, les frictions ont été répétées deux fois par jour et renouvelées pendant huit, dix, quinze jours et plus.

M. Netter a déjà dit que l'on n'a pas à redouter la moindre conséquence fâcheuse de ces frictions ou injections répétées. L'élimination assez rapide de l'argent explique leur inocuité,

L'action favorable de l'argent colloïdal n'est pas toujours immédiate, et dans maintes circonstances le succès n'a été obtenu qu'en renouvelant fréquemment frictions et même injections intraveineuses. C'est là une notion qu'il importe de ne pas oublier.

Ce qui est le plus constant et le plus essentiel, à son avis, c'est la modification de l'état général. Le malade se sent plus fort, sa figure s'anime et perd sa stupeur ou son abattement. Beaucoup de ses typhoïdants traités par le collargol, par exemple, se dressent spontanément dans leur lit, s'intéressent à ce qui les entoure, demandent à boire et même à manger. Leur regard devient plus vif, le teint plus coloré. Le pouls est plus fort, les battements du cœur plus réguliers, les mouvements plus faciles. Alors même que la température n'a encore subi la moindre modification, la maladie a perdu partie ou totalité de son caractère infectant, typhoïde. Ces modifications ont été extrêmement rapides, presque instantanées dans beaucoup de cas.

La température s'abaisse en général assez vite, et quelquefois l'abaissement est à peu près immédiat et définitif. On ne saurait cependant considérer cet abaissement comme constant, même après les injections intraveineuses.

Le traitement par l'argent colloïdal abrège souvent la durée de la maladie et est suivi d'une convalescence plus rapide; plusieurs de nos pneumonies ont pris fin le quatrième ou le cinquième jour. La durée moyenne de nos fièvres typhoïdes n'a été que de vingt jours au lieu de vingt-six. Les enfants atteints de diphtérie grave se sont remis sensiblement plus vite.

Il ne faudrait pas se flatter toutefois de voir avec cette

médication disparaître les complications. Une fièvre typhoïde ainsi traitée a été compliquée d'hémorragies intestinales le vingtième jour, ce qui ne l'a pas empêchée de guérir. Une autre fièvre typhoïde traitée avec le col-largol a été suivie de rechute. Dans des cas trop graves ou traités trop tardivement la mort n'a pu être empêchée.

Nous avons dit que nous réservions à des communications ultérieures, basée sur l'analyse de cas encore plus nombreux, l'étude de l'action de l'argent colloïdal dans chaque maladie en particulier.

Nous dirons seulement, pour le moment, que ses résultats ont été des plus satisfaisants dans la pneumonie (9 cas personnels), la fièvre typhoïde (9 cas), la broncho-pneumonie de toute nature (14 cas) la scarlatine grave (4 cas). Dans la diphtérie les résultats ont été merveilleux ; plusieurs diphtéries malignes, qui paraissaient vouées à la mort ont guéri.

M. Netter examine ensuite la manière dont agit l'argent colloïdal ; il pense qu'il y a pour une partie une action antibactérienne, mais surtout une action catalytique. La question ne nous semble pas encore à point, il y aura certainement lieu d'y revenir.

D^r MARC JOUSSET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

- I. SUR L'ACTION DU VENIN DE LA VIVE, par M. A. BRIOT. —
II. EPITHÉLIOME ET CARCINOME CLAVELEUX DE LA MAMELLE,
par M. M.-J. BOSCH, de Montpellier. — III. ACTION CURA-

TIVE DE COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE SUR UN CAS DE DIABÈTE HÉRÉDITAIRE, par le D^r GANDIN. — IV. DE L'ACTION DU SUC HÉPATIQUE CONTRE LE PRURIT ET L'URTICAIRE PLUS PARTICULIÈREMENT POST-SÉROTHÉRAPIQUE, par le D^r CASSAET, de Bordeaux. — V. SUR LA VALEUR HÉMOSTATIQUE DE L'ADRÉNALINE, par M. P. CARNOT et P. JOSSE-
RAND. — VI. DIAGNOSTIC DE LA LÈPRE PAR L'EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DU MUCUS NASAL APRÈS INGESTION D'IODURE DE POTASSIUM, par MM. LEKEDDE et PAUTRIER. — VII. ACTION DE LA STRYCHNINE SUR LES NERFS MOTEURS, par M. COUVREUR. — VIII. RECHERCHES DU BACILLE DE KOCH DANS L'URINE, par M. L. FOURNIER ET O. BEAUFUMÉ. — IX. RECHERCHES SUR LE SÉJOUR DES LIQUIDES DANS L'ESTOMAC, par M. LEVEN. — X. SUR LE RÔLE DE LA RATE DANS L'ORGANISME, par le D^r WLAEFF. — XI. NOTE SUR L'ADRÉNALINE, par M. MOUSSET. — XII. DIFFÉRENCE D'ACTIONS DE L'ADRÉNALINE SUR LA PRESSION SANGUINE SUIVANT LES VOIES DE PÉNÉTRATION, par M. CARNOT et JOSSE-
RAND. — XIII. DU RÔLE DES TIQUES DANS LA PROPAGATION DES PIROPLASMOSES. — XIV. INFLUENCE DE L'ADRÉNALINE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES GANGRÈNES MICROBIENNES, par M. GARNIER. — XV. CONGESTION ATROPHIQUE DU FOIE, par MM. GILBERT et CASTAGNE. — XVI. DIAGNOSTIC DU LUPUS TUBERCULEUX DU NEZ PAR L'EXAMEN DU MUCUS NASAL APRÈS INJECTION D'IODURE DE POTASSIUM, par MM. LEKEDDE et PAUTRIER. — XVII. RADIOSCOPIE GASTRIQUE APPLIQUÉE A L'ÉTUDE DU SÉJOUR DES LIQUIDES DANS L'ESTOMAC, par LEVEN. — XVIII. DANGER DU PRINCIPE ACTIF DES CAPSULES SURRÉNALES DIALISÉES, par LIVAN. — XIX. LE SIGNE DE KOERNIG DANS QUELQUES AFFECTIONS NON MÉNINGITIQUES, par ABADIE. — XX. L'ÉPREUVE DE LA TUBERCULINE DANS LE DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES ET NON TUBERCULEUSES DU SYS-

TÈME NERVEUX, par ABADIE. — XXI. LA VASO-CONSTRUCTION, DÉTERMINÉE PAR L'ADRÉNALINÉ, N'EST PAS DUE AUX CENTRES SYMPATHIQUES, par JOSUÉ. — XXII. LE SIGNE DE KOERNIG DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ L'ENFANT, par M. CARRIÈRE (de Lille). — XXIII. RECHERCHE DU BACILLE TUBERCULEUX DANS LE SANG PAR HOMOGÉNISATION DU CAILLOT, par BEZANÇON, GRIFFON, PHILIBERT. — XXIV. LEUCOCYTOSE DANS L'URÉMIK EXPÉRIMENTALE, par MM. DOPTER et GOURAND. — XXV. RECHERCHE SUR L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE DE LA RAGE PAR VIRUS FIXE, par MANONELIAN. — XXVI. TOXICITÉ COMPARÉE DU KSOPU OU TANGHIN DE MENANBÉ CHEZ LE CHIEN, LE LAPIN ET LA GRENOUILLE, par CAMUS. — XXVII. ACTION TOXIQUE DE LA CHLORALOSE. — XXVIII. AU SUJET DU RÔLE DES TIQUES DANS LA PROPAGATION DES PIROPLASMOSES. — XXIX. LE SIGNE DE KORNIG DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE DE L'ENFANT par NETTER. — XXX. NOTE RELATIVE AUX RÉACTIONS DU FOETUS AUX ÉMOTIONS DE LA MÈRE, par FÉRÉ. — XXXI. DU POISON PEURITOGÈNE ET URTICANT CONTENU DANS LES TENTACULES DES ACTINIES, par CHARLES RICHEL. — XXXII. SUR LE VENIN DE LA GLANDE A POURPRE DU MUREX par RAPHAEL DUBOIS. — XXXIII. TOXICITÉ DE LA PILOCARPINE, par JOSEPH NOÉ. — XXXIV. CONTRIBUTION A L'ÉTILOGIE DE LA RAGE, par RABIEAUX. — XXXV. LE DOIGT HIPPOCRATIQUE DANS L'ABCÈS ET LE KYSTE HYDATIQUE DU FOIE, par HENRI GIRARD.

I

Les pêcheurs connaissent par expérience tous les dangers qui accompagnent les blessures causées par les épines dorsales de la vive. Le travail que M. Briot a présenté à la Société de Biologie démontre que ce venin produit la

paralyisie, l'œdème et le sphacèle. Le venin chauffé à 100° pendant une heure perd complètement sa toxicité : le chlorure d'or et l'hypochlorite de chaux stérilisent aussi ce venin comme celui des serpents. Par contre le sérum antivenimeux du D^r Calmette ne retarde en rien la marche des accidents causés par la *vive*. Il est cependant possible d'immuniser les animaux contre le venin de la *vive*, en les injectant du sérum d'animaux immunisés. C'est ce qu'a démontré dans un second travail M. Briot.

Nous regrettons qu'une chose dans cet article, c'est l'absence de détail sur les symptômes produits par l'action du venin de la *vive*, symptômes que nous aurions pu utiliser en thérapeutique.

(Société de Biologie. Séance du 25 octobre.)

II

Nous avons rapporté avec soin les travaux de M. Bosc sur la production du tissu cancéreux, à la suite de l'injection du virus de la clavelée. Nous signalons une nouvelle communication de ce médecin qui a produit des cancers de la mamelle en injectant du clavo-virulent dans l'organe mammaire de petits agneaux.

Nous avons dit à ce propos et nous répétons encore qu'il y a dans ces faits une indication du traitement du cancer par le venin de la clavelée.

(Séance du 8 novembre.)

III

Le malade soumis à ce traitement était un docteur âgé de 64 ans. Chez lui le diabète se compliquait de paralyisie

agitante; il avait débuté à l'âge de 36 ans. C'était donc un *vieux* diabète. Il guérit complètement après la troisième cure par les courants de haute fréquence.

Nous enregistrons ce fait pour ce qu'il vaut, la guérison du diabète chronique ne nous paraissant pas possible.

(Séance du 8 novembre.)

IV

Trois malades ont été traités avec un succès rapide par des injections de suc hépatique; c'est là un fait bon à retenir, puisqu'il augmente notre arsenal thérapeutique. Mais ce que nous voulons faire remarquer à propos de cette communication c'est que son auteur, après avoir rappelé que MM. Gilbert et Lereboullet attribuent le prurit qui accompagne les affections du foie à l'action du pigment biliaire et de ses sels, est fort embarrassé pour expliquer le succès des injections de suc hépatique, et risque cette explication de cette apparente contradiction : le foie, tantôt par excès de déviation de ses sécrétions, tantôt par l'insuffisance de ses fonctions antitoxiques, aurait une action sur les prurits et les efflorescences cutanées. Et c'est en remédiant à l'insuffisance des fonctions hépatiques que les injections, préconisées par M. Cassaet, agiraient sur l'urticaire et son prurit. On ne peut nier qu'il n'y a là qu'une pure hypothèse. Nous trouvons plus simple de ne rien expliquer et de dire que dans ce cas, l'action du liquide hépatique obéit à la loi des semblables, et que, produisant le prurit, il est tout simple qu'il le guérisse.

(Séance du 8 novembre.)

V

Les expériences de ces auteurs peuvent se résumer ainsi : l'introduction intra-veineuse d'adrénaline à dose non toxique ne paraît pas provoquer d'hémostase viscérale, tout en produisant une élévation de pression extrêmement énergique. L'introduction sous-cutanée de doses 10 fois plus fortes, ne provoque ni action hémostatique, ni même d'élévation de pression.

Les instillations et injections locales au niveau des différents viscères abdominaux ont des effets hémostatiques très minimes.

L'action hémostatique locale de l'adrénaline est donc très variable ; nulle sur les viscères, elle est très remarquable sur les muqueuses nasales et oculaires.

Les résultats de ces recherches doivent donc nous mettre en garde sur les propriétés antihémorragiques attribuées par certains médecins aux injections sous-cutanées d'adrénaline dans les hémorragies viscérales, hématomèse, hémoptysie, etc.

Nous avons employé avec succès, l'adrénaline à l'intérieur à la troisième trituration décimale contre une dépression considérable des forces dans le cours de la chlorose et de l'anorexie hystérique ; nous donnons cette indication à titre de simple renseignement. (*Séance du 29 novembre*).

VI

On sait quelle difficulté on éprouve souvent pour déceler la présence du bacille de Hansen ; le procédé indiqué par nos auteurs rend cette recherche très facile. Il con-

siste à faire prendre au malade de l'iodure de potassium à la dose de 4 ou 6 grammes dans une journée. Ce médicament détermine une hypersécrétion du mucus nasal et l'examen de ce mucus, fait le lendemain de l'ingestion du médicament, permet de constater de véritables bouquets de bacilles de Hansen. (*Séance du 29 novembre.*)

VII

Voici la technique de l'expérience qui démontre l'action de la strychnine sur les nerfs moteurs : on sectionne complètement la patte postérieure d'une grenouille ne la laissant en communication avec le reste du corps que par le nerf sciatique ; puis on empoisonne cette grenouille par une forte dose de strychnine. Lorsque l'animal est dans un état de résolution complète, on peut constater que l'excitation du sciatique de la patte coupée ne produit rien de plus que celle du nerf de la patte intacte ; or, comme, grâce à l'isolement complet de cette patte, ni les muscles, ni les plaques motrices n'ont pu être touchés par le poison, la conclusion qui s'impose est que la strychnine a une action directe sur les nerfs moteurs. Fait en contradiction avec l'opinion généralement admise, que la strychnine n'agirait sur les nerfs moteurs que par l'intermédiaire des organes de la sensibilité (cordon postérieur).

(*Séance du 15 novembre.*)

VIII

La recherche du bacille de Koch dans l'urine est fort difficile, et les résultats, souvent incertains, obligent à faire des inoculations sur le cobaye, méthode dont le

moindre inconvénient est de demander plusieurs semaines avant d'avoir de résultat.

Voici la technique indiquée par MM. Fournier et Beau-fumé : les urines ont été centrifugées et une parcelle du culot a été colorée suivant la technique ordinaire et a permis de constater la présence du bacille de Koch.

La note présentée à la Société de biologie, conclut que le bacille de Koch est présent dans l'urine dans la plupart des cas de tuberculose à marche aiguë, ce qui est fort important pour le diagnostic de la granulie qui a été quelquefois confondue avec la fièvre typhoïde. (*Séance du 15 novembre.*)

IX

En ces temps où la dilatation de l'estomac joue un si grand rôle dans la pathologie et où les prescriptions pour les quantités de boissons à prendre pendant les repas ont atteint un tel degré de fantaisie, il est bon d'être fixé sur la durée du séjour des liquides dans l'estomac.

M. Leven a institué des expériences sur les chiens ; ces animaux sont restés à jeun vingt-quatre heures, puis ils ont bu librement une quantité connue d'eau et ils ont été tués en injectant du chloroforme dans le cœur après un temps variable et l'estomac, ouvert immédiatement après la mort, a permis de constater la quantité d'eau qui restait dans l'estomac.

Dans les douze premières minutes, la quantité d'eau n'a pas diminué et aucune parcelle n'a franchi le pylore ; à partir de quinze minutes, l'eau diminue très rapidement et au bout d'une demi-heure, il n'en reste pas une goutte.

Peut-être on objectera à M. Leven que ce qui se passe chez des chiens à jeun et bien portants, ne peut pas s'appliquer à des estomacs malades et qui ont reçu de la nourriture.

(Séance du 15 novembre).

X

Résumant à grands traits les expériences de M. Wlaeff, il faut retenir que pendant le premier mois après l'ablation de la rate chez l'homme, il y a une diminution progressive de la quantité de globules rouges et augmentation de globules blancs. En même temps, on constate l'augmentation de volume de la glande thyroïde et des ganglions de l'aîne, de l'aisselle et du cou ainsi que du foie.

Pendant les trois mois suivants, la quantité de globules rouges redevient normale, quoique les globules blancs restent encore supérieurs. La glande thyroïde, les ganglions et le foie commencent à diminuer.

Au bout de six mois le sang est redevenu normal.

L'auteur conclut : 1° Que la rate participe non seulement à l'élimination des globules sanguins détruits et à la lutte contre les maladies infectieuses, mais encore à la formation des globules rouges et blancs.

2° Que si les hommes et les animaux survivent à l'ablation de la rate et que si leur sang redevient normal, c'est grâce aux organes qui remplissent les fonctions de la rate disparue.

3° Il y a une identité relative entre les fonctions de la rate et de la glande thyroïde.

Un fait nous frappe dans ces expériences, c'est que pendant le premier mois qui suit l'ablation de la rate, les

opérés présentent un processus morbide tout à fait analogue à la leucocythémie.

(Séance du 8 novembre.)

XI

Nous retiendrons seulement de cette communication quelques-uns des symptômes produits par l'adrénaline. L'injection hypodermique, à la dose de 1 centimètre cube, produit la dyspnée, une grande prostration, la paralysie du train postérieur et souvent la mort au bout de quinze heures. Quand les animaux ne meurent pas, l'agitation succède à la prostration ; et quand la survie est plus longue, des eschares au point d'injection.

(Séance du 20 décembre.)

XII

L'injection intra-vasculaire de dose faible d'adrénaline dans les différents réseaux donnent des variations de pression artérielle très différentes ; ces différences s'atténuent lorsqu'on augmente les doses de substance active. Le passage à travers le foie et surtout à travers le tissu musculaire diminue beaucoup cette pression.

Nous voulons retenir le détail suivant de ces expériences, qui confirme cette loi de pharmacodynamie ; une dose du même médicament détermine successivement deux actions opposées ; ainsi une dose faible d'adrénaline (1/16 millionième) injectée dans les veines périphériques, détermine presque aussitôt une élévation de pression considérable qui dure trois ou quatre minutes et est suivie d'une hypotension au-dessous de la tension initiale.

XIII

Le piroplasmose du mouton, appelé à Bucharest carceag, serait transmis, d'après M. Motas, par un insecte qui vit habituellement sur les chiens et les moutons et dont le nom vulgaire est « tique ».

Cette communication ne nous intéresse que par le mode supposé de cette transmission, transmission analogue à celle des anophèles et de la mouche tsetse.

L'opinion de M. Motas repose sur cette expérience que des tiques, prélevés sur des moutons malades et déposés sur la toison de quatre agneaux, ont communiqué la maladie à ces animaux.

(Séance du 27 décembre.)

A cette communication, le D^r Meignen a répondu dans la séance du 10 janvier, en formulant cette objection : « L'ixode femelle (le tique) quand elle est fécondée, cherche une victime pour faire la provision de nourriture nécessaire à sa nombreuse progéniture; cette victime est un chien, un mouton, un chevreuil, etc. Une fois fixée sur l'animal, elle s'en détache spontanément quand elle est complètement repue; elle est alors décuplée de volume et ressemble à une olive et, incapable de se fixer sur un autre animal, elle se laisse tomber à terre, gagne le pied d'une touffe d'herbe; là, elle pond un tas de petits œufs sphériques jusqu'à ce qu'elle soit entièrement vidée; elle est alors plate et ratatinée et meurt. Quand bien même elle se serait gorgée du sang d'un mouton malade, elle est absolument incapable de transmettre la maladie, puisqu'elle ne peut plus se fixer sur un autre animal. »

XIV

Si l'on injecte sous la peau d'une oreille d'un lapin quelques gouttes d'une solution de chlorydrate d'adrénaline au millième, on détermine une vaso constriction de l'oreille. L'organe devient blanc sa température s'abaisse; quand on le regarde par transparence, l'artère et les veines ne se révèlent plus que par une ligne à peine sensible. Cette vaso-constriction peut durer plus de cinq heures, et être entretenue par de nouvelles injections. Si on injecte en même temps une culture de streptocoques, au lieu de déterminer un érysipèle, ce microbe détermine une gangrène plus ou moins étendue de l'oreille.

(Séance du 13 décembre.)

XV

Dans l'asystolie, la congestion du foie s'accompagne d'une hypertrophie de cet organe, en sorte que l'expression foie congestif ou foie muscade, qui lui est synonyme éveille l'idée d'une hypertrophie plus ou moins notable de l'organe.

Cependant MM. Gilbert et Castaigne ont observé des cas, vérifiés par l'autopsie, dans lesquels les lésions macroscopiques et histologiques du foie muscade étaient incontestables, et cependant le foie était atrophié. Voici comment ils expliquent ce fait paradoxal de l'atrophie d'un organe gorgé de sang. « Dans les premières crises, nous avons constaté que le foie était augmenté de volume; c'est qu'alors le foie était composé de cellules hépatiques encore presque intactes et de sang en grande importance. Plus tard, chaque crise s'accompagnait d'une hypertrophie

hépatique moins considérable, sans doute parce que les cellules s'atrophiaient progressivement. Au moment de la crise terminale, le foie était diminué de volume, ce qui tenait peut-être à la disparition presque complète de toutes les cellules hépatiques. »

L'examen anatomique a démontré que cette hypothèse était la vraie, et que si, à la longue, la congestion chronique amenait l'atrophie du foie, c'est qu'elle détruisait la cellule hépatique.

(Séance au 20 décembre.)

XVI

Nous avons rapporté précédemment la technique employée par MM. Leredde et Pautrier pour déceler la présence du microbe de la lèpre; ils ont appliqué la même technique à des malades atteints du lupus nasal et ils ont pu constater la présence du bacille de Koch dans le mucus du nez, le lendemain du jour où le malade avait pris 4 grammes d'iodure de potassium.

(Séance du 20 décembre.)

XVII

M. Leven avait pressenti l'objection que nous avons faite aux expériences rapportées dans un passage précédent et il a étudié chez un enfant la durée du séjour de l'eau dans l'estomac, et ici, il s'est servi de la radioscopie. L'évacuation de l'eau dans le duodénum s'est faite suivant deux modes différents : chez les uns l'évacuation commence presque aussitôt, le liquide diminue insensiblement plus ou moins vite sans aucune contraction mus-

culaire apparente et l'évacuation est complète en huit ou dix-neuf minutes. Chez les autres, l'évacuation ne commence qu'après la treizième minute elle se fait par saccades par contraction musculaire, et n'est guère complète avant la vingt-deuxième minute. Leven a observé que l'eau chaude séjournait beaucoup moins longtemps que l'eau froide.

Enfin, si l'enfant prenait un peu de pain ou du chocolat avant d'absorber le liquide, ce liquide restait bien plus longtemps dans l'estomac et s'y conservait encore après trente minutes.

(Séance du 20 décembre.)

XVIII

Les capsules surrénales traitées par la méthode de Brown-Séquard donnent un liquide incolore qui contient le principe actif de ces organes. Si on injecte dans les veines quelques centimètres cubes de ce liquide, on obtient, comme toujours, avec ce principe, une hypertension considérable. Si on emploie le même liquide vieilli, alors qu'il s'est coloré en rose, il produit la même hypertension habituelle ; mais en pleine hypertension, il se produit une chute brusque de la pression, le cœur s'arrête et la mort survient.

L'auteur conclut, avec juste raison, de ces expériences, que le liquide des capsules surrénales vieilli, ayant pris une couleur rose, conserve son pouvoir hypertensif, mais qu'il devient dangereux ; considération d'une grande importance pratique dans un moment où on emploie si souvent les capsules surrénales en thérapeutique.

(Séance du 20 décembre.)

XIX

Cette communication a un certain intérêt pratique, puisqu'elle semble prouver que le signe de Kœrnig ne serait pas propre à la méningite. Les malades qui ont présenté ce signe étaient cependant atteints d'affection cérébrale chronique ou de névralgie sciatique. Une jeune femme était atteinte d'insuffisance mitrale et présentait le signe de Kœrnig seulement pendant l'asystolie.

Voici le résumé de l'observation :

1° Le signe de Kœrnig n'est pas toujours causé par une augmentation de pression intra-arachnoïdienne, ou par une irritation méningée, puisqu'on peut l'observer en dehors de ces conditions ;

2° Il n'est pas non plus, puisqu'on peut l'observer dans la sciatique, la conséquence fatale d'une contracture musculaire de défense contre la douleur, puisqu'il persiste quand la douleur est abolie temporairement par la rachicocaïnisation ;

3° Il n'est point non plus un signe identique au signe de Lasègne, puisque l'analgésie cocaïnique le dissocie en supprimant le signe de Lasègne, et en laissant subsister intégralement le signe de Kœrnig.

(Séance du 2 décembre.)

XX

Il résulte de cette note que l'ingestion de tuberculine dans les affections non tuberculeuses du système cérébro-spinal ne produit aucune réaction thermique; d'autre part, l'ingestion de tuberculine aux mêmes doses provoque

la réaction classique chez les malades atteints d'affection tuberculeuse du système cérébro-spinal.

Le contraire nous aurait fortement étonné, et nous n'approuvons pas qu'on soumette des malades à une épreuve qui peut être quelquefois dangereuse, pour une démonstration depuis longtemps passée dans la science.

(Séance du 2 décembre.)

XXI

Si on arrache à un lapin le ganglion cervical supérieur du grand sympathique, on voit se produire du côté opéré du myosis et une vaso-dilatation intense. L'oreille devient rouge, turgide, les veines et l'artère sont saillantes et gonflées de sang rouge. Si on injecte à ce lapin dans les veines de l'oreille IV à VI gouttes d'une solution d'adrénaline à 1 p. 1000, une ou deux minutes après l'injection, on voit les vaisseaux du côté opéré, qui étaient dilatés au maxima, se contracter, se vider et devenir tout à fait exsangues.

Cette expérience prouve effectivement que la vaso-constriction produite par l'adrénaline n'est pas opérée par la vaso-constriction, mais que le spasme vasculaire est d'origine périphérique.

(Séance du 10 janvier.)

XXII

M. Carrière a recherché systématiquement le signe de Kœrnig dans cinquante cas de fièvre typhoïde chez les enfants.

Dans 22 cas il l'a trouvé très net, dans 6 cas très

léger, d'où il conclut que dans 44 p. 100, les enfants typhiques présentent le signe de Kœrnig.

Dans tous les cas, M. Carrière a pratiqué la ponction lombaire; jamais il n'a noté l'hypertension et une seule fois il a trouvé une polynucléose légère.

M. Carrière conclut avec Netter et Dabout que la présence du signe de Kœrnig n'est pas suffisante pour entraîner le diagnostic de méningite spinale.

L'auteur ne nous dit pas si ses typhiques avaient du délire.

Je regrette que les techniques de laboratoire soient employée aussi facilement en clinique, et qu'on soumette des enfants à la ponction lombaire quand elle n'est nécessaire ni pour le diagnostic ni pour le traitement.

(Séance du 10 janvier.)

XXIII

On sait combien est difficile la recherche du bacille tuberculeux dans le sang, et combien aussi ce renseignement est utile pour certains diagnostics. Nous voulons donc reproduire ici la technique donnée par nos auteurs :

« A 5 cent. cubes le sang déposés dans un mortier on ajoute 5 cent. cubes d'eau distillée et V gouttes de lessive de soude, et l'on broie le caillot jusqu'à ce qu'il se dissolve dans la portion liquide. On additionne alors cette masse de 20 cent. cube d'eau et l'on fait bouillir le tout dans une capsule de porcelaine pendant dix minutes ; on répartit alors le liquide dans deux tubes centrifugeurs à tours rapides et l'on centrifuge pendant une

dizaine de minutes. Le culot obtenu est déposé sur une lame et traité par la méthode de Ziehl ».

(Séance du 10 janvier.)

XXIV

Ces Messieurs ont démontré par des expériences sur le lapin, que l'urémie déterminait la multiplication de leucocyte... D'où ces auteurs concluent que l'empoisonnement complexe provoqué par l'insuffisance rénale amène du côté des leucocytes une réaction intense, comparable en tous points à celle qui accompagne l'intoxication par les poisons vulgaires ; elle est une confirmation du rôle des globules blancs dans la défense organique.

(Séance du 10 janvier.)

XXV

Ce travail présente un intérêt de diagnostic ; on comprend de quelle importance il est de savoir si le chien mordeur est ou n'est pas réellement enragé. D'après les recherches précédentes, il existerait dans le système nerveux cérébro-spinal une lésion constante et précoce dans la rage des rues : les ganglions cérébraux sont plus fortement atteints que les ganglions spinaux, et parmi les premiers le plus sensible à l'action du virus rabique paraît être le ganglion nerveux du pneumogastrique. Or ce ganglion nerveux est facile à extraire, et permettra de constater la présence ou l'absence des signes de la rage.

Voici en quoi consiste cette lésion : un grand nombre de cellules nerveuses disparaissent, et se trouvent remplacées par de petites cellules que ces auteurs croient

pouvoir provenir de la prolifération de la capsule endothéliale.

(Séance du 24 janvier.)

XXVI

Cette plante de la famille des Asclépiadées serait employée par les Sakalaves dans la confection d'un poison d'épreuve ; elle est très toxique. Voici, d'après le travail de M. Camus, les principaux symptômes produits par ce poison : ce sont des phénomènes de paralysie ; les mouvements respiratoires diminuent de fréquence, puis disparaissent ; quelques mouvements convulsifs, puis paralysie complète, état de résolution ; l'animal ne répond plus aux excitations, si intenses qu'elles soient, la pupille est rétrécie.

Le muscle et le nerf restent excitables directement : le poison agirait donc surtout sur le système nerveux central.

Le cœur, comme la respiration, se ralentit peu à peu et finit par s'arrêter en diastole. Dans l'intoxication lente la mort semble venir par le système nerveux central ; dans l'intoxication rapide au contraire, la respiration et le cœur s'arrêtent tout d'abord.

Il serait à désirer qu'une substance aussi active fut expérimentée d'une manière plus complète et à des doses différentes.

(Séance du 21 janvier.)

XXVII

Nous devons mettre les médecins en garde contre l'emploi de la *choraose* comme hypnotique. Il résulte d'un

travail de MM. Edon et Fleig (10 et 21 janvier) que la chloralose excite chez les animaux des convulsions cloniques et généralisées, persistant longtemps, affectant la forme d'un violent tremblement, secouant l'animal tout entier dans ses liens, et par moments ébranlant la table de vivisection. Du reste la possibilité de ces accidents se trouve signalée dans le « Formulaire de Bardet ». On y cite le cas où les malades, plongés dans un profond sommeil, sont pris de tremblements et d'asphyxie, quelquefois d'évacuation involontaire.

XXVIII

M. Laveran, répondant à la communication de M. Meignin, rapportée précédemment, objecte que, s'il est vrai que les tiques gorgées de sang ne se détachent des animaux que pour pondre et mourir et sont incapables de propager les piroplasmoses, que ce sont les tiques issues d'une tique ayant sucé le sang contaminé, qui peuvent transmettre la maladie. Des expériences concluantes ont été faites aux Etats-Unis, dans l'Est africain, et dans la République Argentine. M. Laveran ajoute qu'on n'est pas encore fixé sur la manière dont les tiques propagent la maladie : il est bien probable, dit-il, que le germe de piroplasmose existent dans les glandes salivaires des tiques.

(Séance du 15 janvier.)

XXIX

M. Netter remarque que la communication de M. Carrière de Lille, rapportée plus haut n'est que la confirmation de l'opinion qui avait été émise en 1900 au Congrès de médecine. M. Netter semble croire que le signe de

Kœrnig n'existerait que dans la forme méningitique de la fièvre typhoïde, sans dire d'une manière très claire ce qu'il entend par cette forme méningitique. Mais ce qui résulte incontestablement de sa communication, c'est que le signe de Kœrnig serait d'un pronostic très grave dans la fièvre typhoïde, aussi bien pour l'issue fatale de la maladie que pour les rechutes.

M. Netter accuse 20, 5 p. 100 de mortalité dans la fièvre typhoïde avec signe de Kœrnig et 43,20 p. 100 de rechute.

Dans la communication de M. Carrière, la mortalité des des enfants ayant présenté le signe de Kœrnig a été de 27,22 p. 100.

Je ne puis m'empêcher de faire remarquer que le chiffre de 20 à 27 de mortalité dans la fièvre typhoïde chez les enfants est énorme.

(Séance du 17 janvier.)

XXX

M. Féré rapporte l'observation d'une femme qui, au sixième mois de la grossesse, éprouva une émotion violente à la vue d'un homme qui se précipitait du cinquième étage. Son enfant présenta, dès le troisième mois après la naissance, des convulsions ; bref il devint épileptique.

M. Féré observe qu'il n'existait point d'antécédents névropathiques dans cette famille. Et l'alcoolisme?....

(Séance du 17 janvier.)

XXXI

Les actinies, connues des pêcheurs sous le nom d'anémones et d'orties de mer et fort redoutées d'eux par le

prurit qu'elles développent lorsqu'on vient à les toucher, ont été étudiées par le professeur Richet.

Le poison contenu dans les tentacules des actinies a deux effets différents : un qui abaisse la pression artérielle, produit la congestion intestinale et l'arrêt du cœur, avec une grande dépression nerveuse; l'autre qui détermine un prurit d'une violence extraordinaire. L'alcool dissout seulement le principe qui engendre le prurit. M. Richet est parvenu à isoler le principe actif de cette toxine pruritogène et il lui a donné le nom de talassine.

A une dose extrêmement faible, 1 p. 100 de millig. par kilogr. de chien en injection intraveineuse détermine des démangeaisons d'une intensité extrême. L'animal se roule par terre, se gratte frénétiquement de tous côtés; le prurit est surtout intense au museau et dans les fosses nasales. Les chiens se frottant le museau par terre, reniflant, éternuant; dans quelques cas il se produit une congestion très forte de la conjonctive et des muqueuses buccales et des pustules d'urticaire. Ce prurit féroce disparaît en une demi-heure à une heure et le chien recouvre une santé parfaite.

M. Richet ajoute qu'il a cherché vainement à extraire la même substance du corps des huîtres et des gérions, mais qu'il l'a trouvée une fois chez les moules.

Nous remarquons que cette propriété pruritogène des actinies explique les cas d'urticaire avec sentiment plus ou moins prononcé de défaillance qu'on a observé plusieurs fois après l'usage des moules.

J'ajoute que l'action complète du poison des actinies sur le chien présente un tableau si exact de la forme grave d'urticaire avec invasion des muqueuses, que j'espère trouver dans ce poison un remède à ajouter à l'astacus

fluviatilis, à l'apis mellifica et à l'urtica urens pour combattre l'urticaire ; je vais me procurer des actinies afin de faire préparer leurs tentacules à nos pharmaciens.

(Séance du 13 décembre).

XXXII

Le murex purpurea faisant partie de la pharmacopée homœopathique, il y a certes un intérêt pour nous à savoir que la glande à pourpre de ces coquillages contient un poison agissant uniquement sur les centres nerveux et déterminant une paralysie générale.

Ce poison, extrêmement actif chez les poisons de mer et d'eau douce, s'est montré inactif sur les animaux à sang chaud.

(Séance du 17 janvier.)

XXXIII

Des expériences faites sur le cobaye, le hérisson, le rat blanc et le lapin, nous retiendrons les phénomènes suivants. Chez le cobaye, on obtient la syalorrhée avec des doses de 3 à 4 centigrammes ; si on s'élève à 6 et 9 centigrammes il n'y a pas de syalorrhée. De même chez le rat blanc, les hautes doses rapidement toxiques ne produisent plus la syalorrhée et les autres doses en produisent.

Ces faits confirment cette loi de pharmacodynamie que les doses faibles et les doses fortes produisent des effets opposés.

(Séance du 17 janvier.)

XXXIV

Cet observateur a constaté que la virulence de la salive sous-maxillaire a été constante et que quatre ou cinq fois

elle est devenue virulente deux et quatre jours avant l'apparition des symptômes rabiformes. Le suc pancréatique a pu transmettre la rage dans une observation. .

En inoculant de la salive dans la chambre antérieure de l'œil, M. Rabieaux a constaté que la salive était déjà virulente alors que l'humeur aqueuse et les centres nerveux ne l'étaient pas encore. A ce propos M. Rabieaux se pose les questions suivantes : que devient le virus rabique à la suite d'une inoculation intra-oculaire? Où va-t-il se loger durant la période d'incubation? Quelle voie d'absorption suit-il? Où pullule-t-il pour produire ses premiers effets?

Naturellement toutes ces questions se trouvent sans réponse; nous nous contentons de constater que la salive, chez un animal inoculé ou mordu, est virulente avant les premiers symptômes de la rage. (*Séance du 17 janvier*).

XXXV

Dès 1895 Gilbert et Fournier ont insisté sur l'existence de la déformation hippocratique de doigts dans le cours de la cirrhose biliaire. M. Girard cite deux observations, l'une d'un abcès volumineux du foie, l'autre d'un kyste hydatique dans lesquelles il a observé le doigt hippocratique.

(*Séance du 15 janvier*).

WAGNER.

REVUE DES JOURNAUX

IDIOSYNGRASIE POUR LA FEUILLE D'UYA URSI.

Un confrère hollandais, M. le Dr F. S. Meijers (d'Amsterdam), a eu l'occasion d'observer un cas intéressant d'intolérance à l'égard d'un médicament qui passait jusqu'ici pour très inoffensif.

Une femme de 48 ans souffrait depuis quelques semaines d'une laryngite opiniâtre, s'accompagnant de violentes quintes de toux ; celles-ci amenaient l'écoulement involontaire des urines, si bien qu'il en résulta à la longue une inflammation vulvaire, puis finalement de la cystite. M. Meijers prescrivit alors une décoction de feuilles d'uya ursi, dans la proportion de 30 grammes de feuilles pour 300 grammes d'eau : la malade en prit deux cuillerées à bouche, l'une dans l'après-midi et l'autre le soir. La nuit suivante, elle se réveilla avec de la dyspnée, des nausées et des vomissements. Le lendemain matin, la dyspnée persistait, le pouls était petit, irrégulier ; il y avait de la cyanose et, sur le visage, la poitrine et le dos, se voyaient de grands placards éruptifs confluents, de coloration rouge vineuse, faisant une légère saillie au-dessus de la peau et rappelant l'urticaire, sauf que les démangeaisons faisaient défaut. Dans l'après-midi, ces divers symptômes augmentèrent encore d'intensité et on dut prescrire un peu de teinture de strophantus. Vers le soir la situation s'améliora et, après une bonne nuit, la guérison se trouva com-

plète ; au bout de trois jours, l'éruption avait disparu. Les urines, en raison de l'incontinence vésicale et d'un léger retour menstruel, ne purent être examinées qu'au troisième jour : elles ne contenaient qu'un peu d'albumine, due peut-être à l'écoulement menstruel, et qui disparut, d'ailleurs bientôt. Quant à la décoction absorbée par la malade, elle ne renfermait, d'après l'analyse chimique qui en fut faite, aucun principe anormal.

Rappelons à ce propos que M. Lewin a déjà signalé un exemple d'intolérance pour l'uva ursi, mais dans ce cas l'éruption ortiée avait été le seul accident toxique observé.

(*Semaine médicale*, 30 juillet).

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, par CHARLES BOUCHARD.

Quand parut le premier volume de cet ouvrage, nous avons présenté à nos lecteurs un examen critique des matières qu'il contenait. Aujourd'hui que l'ouvrage est terminé par la publication du 6^e et dernier volume, nous devons compléter ce compte rendu.

Cet ouvrage se compose donc de 6 volumes, grands in-octavo de plus de 900 pages imprimées en caractères serrés. Or, nous avons rencontré dans le premier volume une centaine de pages traitant réellement de la pathologie générale ; une centaine de pages encore à la fin du 6^e volume traitent de la pathologie générale : le reste de l'ouvrage, c'est-à-dire sa presque totalité, traite de mille

choses et en particulier de séméiotique, de bactériologie, d'anatomie pathologique et de pathologie comparée.

Rappelons que la doctrine pathologique, exposée au commencement du premier volume, a le caractère de l'hippocratisme mélangé à un matérialisme grossier. Le corps même de l'ouvrage est, comme nous l'avons dit, une sorte de compendium où l'on trouve de tout, sans doctrine dirigeante, sans ordre ; et cependant, nous devons reconnaître que cet assemblage de chapitres représente des travaux considérables, et répond très fidèlement à l'esprit de la science contemporaine. C'est, en résumé, une savante exposition des rapports de la chimie et de la physiologie avec toutes les sciences médicales ; et, il faut le dire, cette exposition est faite avec une science profonde et qui place cette œuvre en un rang élevé parmi les livres contemporains.

Ce que nous reprochons à ce travail, c'est de manquer d'une doctrine dirigeante et de confondre la pathologie générale avec d'autres branches des sciences médicales qui ont toutes, dans la tradition, leur place assignée dans le cadre de l'enseignement.

Qu'est-ce donc que la pathologie générale ? Je répondrai avec tous les maîtres anciens que c'est cette partie des sciences médicales qui traite des doctrines et des méthodes ; je pourrais encore l'appeler la science des définitions et la philosophie de la médecine. Hippocrate avait dit : le médecin philosophe est égal aux dieux. Mais Auguste Comte, décapitant les sciences, supprimant les causes prochaines et les causes finales, le commencement et la fin, et réduisant toutes nos connaissances à celles qui relèvent de l'observation des faits, a déclaré que la philosophie avait fait son temps, et c'est pour cela que, depuis

longtemps, nous n'avons plus de pathologie générale, car les six gros volumes édités par Bouchard, pas plus que ceux édités par Brouardel, ne méritent d'être considérés comme la science des définitions et de la philosophie médicale.

Dans toute la tradition, la pathologie générale était constituée par quatre chapitres : l'*homme*, la *maladie*, la *cause* et la *thérapeutique*.

Examinons maintenant la thérapeutique générale qui couronne l'œuvre du professeur Bouchard.

Toute thérapeutique contient une doctrine sur le mode de guérison des maladies, une méthode pour connaître l'action des médicaments, et enfin, des lois qui guident le médecin et tracent son rôle dans le traitement des maladies ; ce sont les indications. Examinons le chapitre de thérapeutique à certains points de vue.

§ I. — *Doctrine thérapeutique*. — Les auteurs Gilbert et Bonnet sont surtout hippocratistes en thérapeutique. L'influence du professeur Bouchard a inspiré leur rédaction ; ils parlent sans cesse de la nature médicatrice, de la nécessité d'observer la marche naturelle des maladies, de respecter les symptômes favorables et d'attaquer et de détruire ceux qui sont dangereux.

Il n'y aurait donc que des louanges à leur adresser sur ce point, si dans leur historique, après avoir montré par des citations qu'Hippocrate règle ses indications par la *contraria contrariis*, ils ne parlent pas du *similia similibus*, formulé dans le même paragraphe que le *contraria contrariis*. Je voudrais admettre une distraction, je ne puis croire à une ignorance, et je suis forcé de conclure qu'ils

ont oublié cette formule parce qu'elle leur déplaisait ou parce qu'elle les gênait.

§ II. — Quant aux sources de nos connaissances sur la matière médicale, ce chapitre manque totalement, et je ne puis dire qu'une chose, c'est le seul traité de thérapeutique générale où l'on puisse signaler semblable lacune.

§ III. — Il n'en est pas de même des indications; les auteurs parlent souvent des indications, ils citent des autorités respectables pour montrer toute l'importance et la nécessité d'observer des indications; mais quant à une définition, il n'y en a pas ou plutôt il y en a beaucoup de mauvaises. « La source des indications, disait l'auteur, se tire des symptômes, de l'évolution, des lésions, des causes, des processus pathogéniques, physiologiques (page 817) », en termes plus simples, cela veut dire que les indications se tirent de l'ensemble des symptômes et des lésions et de leur évolution; mais en quoi cette définition peut-elle servir le médecin dans le traitement des maladies? Appliquera-t-il la loi des contraires ou la loi des semblables? Et dans quel cas? Et surtout agira-t-il énergiquement dans ce drame de la maladie et de la mort, dont il est le témoin, ou s'abstiendra-t-il? Quel est le principe qui justifiera son action ou son abstention?

Nos auteurs ont pourtant cité une définition de l'indication du D^r Huchard qui, elle, est empreinte d'un vrai caractère pratique : « L'indication thérapeutique, dit ce grand médecin, est la notion de l'opportunité médicamenteuse ».

Nous rappellerons la définition de l'indication que nous

avons déjà donnée bien des fois. « L'indication est la nécessité évidente d'une action déterminée ». Tout médecin et tout chirurgien qui ne conforme pas sa conduite à cet axiome, est responsable de la mort des malades. Nécessité évidente d'une action déterminée, c'est là la loi qui met notre responsabilité à couvert.

Je ne m'étendrai pas ; l'ayant déjà fait autre part, sur le domaine où s'étend la loi des contraires et la loi des semblables et nous terminerons cet examen critique en disant que nos auteurs admettent, à l'exemple du professeur Bouchard, plusieurs espèces de thérapeutiques qui se résument en thérapeutique pathogénique et symptomatique ou palliative, que de leur aveu, la première n'est encore que la thérapeutique de l'avenir, en sorte qu'il ne reste que la thérapeutique symptomatique.

Rappelons encore un chapitre intitulé : thérapeutique spécifique ; naturellement le sulfate de quinine dans la fièvre intermittente, le mercure et l'iodure dans la syphilis, le salicylate dans le rhumatisme, et ce qu'il y a de plus faramineux, le colchique dans la goutte.

Il serait pourtant nécessaire d'en finir une bonne fois avec les spécifiques. Il ne faut jamais avoir pratiqué dans un pays de fièvre intermittente pour croire que le quinquina et le sulfate de quinine soient des spécifiques de la malaria. Le sulfate de quinine, donné à haute dose et en suivant les règles prescrites par Bretonneau, coupe l'accès de fièvre 99 fois sur 100 ; mais il ne guérit jamais la fièvre intermittente, à l'exception de la forme bénigne (tierce ou vernale) qui guérit spontanément. Singulier spécifique !

Et le salicylate. Ce médicament fait disparaître, il est vrai, la douleur et la fièvre mais il n'empêche aucune

complication, si même il ne les favorise, et surtout il ne diminue en rien la durée de la maladie.

Quant au colchique qui serait le spécifique de la goutte, je vous renvoie aux gouteux qu'il n'a jamais guéris, et aux médecins qui n'emploient qu'avec défiance un médicament dont l'action curative est incertaine, et dont l'usage peut être dangereux.

Dr P. JOUSSET.

VARIÉTÉS

UN SOPHISME

A PROPOS DE LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES CONTAGIEUSES.

Toute maladie à microbe pathogène est transmissible ; donc toute maladie à microbe pathogène est contagieuse.

Voilà le sophisme.

Je ne veux pas contester la première proposition. quoique cependant il soit faux que toute maladie à microbe pathogène soit transmissible *dans son espèce* : la pneumonie à pneumocoques transmet à la souris non une pneumonie, mais une septicémie ; et le bacille d'Eberth n'a jamais transmis la fièvre typhoïde aux animaux.

Mais le sophisme consiste à jouer sur le mot transmissibilité et à en faire le synonyme de contagion.

Prenons pour exemple la tuberculose, une de ces maladies dont on brûle de rendre la déclaration obligatoire et qu'on décréterait sans hésiter, si on n'était arrêté par l'odieux et surtout l'impossibilité matérielle de la mesure ; le microbe de Koch, dis-je, est transmissible par injec-

tion, par insufflation directe dans la trachée des poussières tuberculeuses, par la respiration de liquides contenant cette même poussière et pulvérisée, par la voie gastrique ; mais ce bacille n'est pas transmissible par la simple respiration des poussières tuberculeuses comme le démontrent les expériences de Cadéac et Malet, Souza et Gallois, Santi Sirana et Pernice, etc.

D'où la conclusion rigoureuse que le bacille de Koch, éminemment transmissible par les moyens de laboratoire n'est pas contagieux dans la vie ordinaire (1).

Et la contagion de la pneumonie franche, cette insanité étiologique, repose sur ce fait que la pneumonie franche a un microbe pathogène, le pneumocoque. Ce microbe pathogène, il est vrai, peut reproduire chez le lapin des pneumonies et des pleurésies fibrineuses : il est donc transmissible seulement par un procédé de laboratoire ; conclure de ce fait à la contagion de la pneumonie chez l'homme, c'est donc faire un pur sophisme.

M. Netter, le père de l'opinion de la contagion de la pneumonie, ne donne d'autres preuves que celle-ci : c'est que les malades, convalescents de pneumonie, gardent pendant longtemps des pneumocoques dans l'arrière-gorge ; mais, si on réfléchit que le pneumocoque existe chez la généralité des hommes, dans leur arrière-gorge, qu'ils aient ou qu'ils n'aient pas eu de pneumonie, que ces pneumocoques sont pathogènes et déterminent chez la souris une septicémie mortelle, en quoi les pneumocoques qui existent dans l'arrière-gorge après une pneumonie sont-ils plus contagieux que ceux qui existent chez la plupart des hommes ?

(1) Consulter *La tuberculose, contagion et hérédité*, par le Dr Jousset.

J'ajoute que la clinique a bien le droit de dire son mot dans une semblable question ; or il n'existe aucun travail clinique démontrant la contagion de la pneumonie fibrineuse ; les quelques exemples qu'on a cités se rapportent à des pneumonies dans le cours de la fièvre typhoïde et surtout à des pneumonies grippales. Or, ce n'est pas la pneumonie qui est contagieuse dans ces cas, mais la grippe.

Le grand laboratoire où l'on trouve la démonstration clinique de la non contagion ou de la contagion des maladies, se trouve dans les campagnes où les malades sont naturellement isolé par la disposition des villages ; c'est un médecin de campagne, le D^r Piedvache, qui nous a appris que la fièvre typhoïde était contagieuse et c'est comme médecin de campagne que je puis affirmer que la pneumonie fibrineuse n'est pas contagieuse. Pendant sept ans que j'ai exercé cette dure profession, je n'ai jamais observé un cas de rougeole, de scarlatine, de coqueluche ou de fièvre typhoïde isolé ; la maladie se propageait dans le village et si un malade allait habiter un village voisin, il y transportait la maladie. Je n'ai jamais observé pareil fait même dans la saison où les travaux et les intempéries multiplient les pneumonies.

L'Académie a rangé parmi les maladies dont la déclaration est facultative (facultative me semble bizarre) la tuberculose pulmonaire, la coqueluche, la grippe, la pneumonie, l'érysipèle, les oreillons, la lèpre, la teigne, les conjonctivites purulentes et l'ophtalmie granuleuse.

Quelques mots seulement sur ces différentes maladies. Quant à la lèpre, on n'a jamais observé sa contagion en Europe, mais comme cette maladie a un bacille, cela suffit. La coqueluche : cette déclaration me semble bien enfan-

tine ; il faudrait désinfecter les Champs-Élysées, les Tuileries, le Luxembourg, ce n'est pas facile ! Ce qui serait préférable pour tout le monde c'est que les médecins consentissent à soigner la coqueluche à la chambre, *comme la rougeole*, ainsi que le disait mon ami de Mussy ; les malades guériraient plus vite, auraient moins souvent de pneumonie, et ne propageraient pas leur maladie dans toute la ville.

La désinfection de la grippe est tout simplement impossible ; et cette maladie sévit sur un trop grand nombre à la fois, et dans sa forme bénigne, qui cependant est contagieuse, permet une déambulation qui échappe à tous les moyens de désinfection.

Quant à la tuberculose pulmonaire, qu'on tiendrait tant à ranger parmi les maladies à déclaration obligatoire, indépendamment de ce que cette mesure a de cruel pour le malade qu'elle avertit ainsi de sa condamnation à mort, de ce qu'elle a de blessant pour les familles qui, elles, ne consentiront jamais à nous délier du secret médical, secret médical qui sera toujours obligatoire pour un honnête homme, tant qu'il n'en sera pas relevé par la famille elle-même ; indépendamment, dis-je de ces circonstances, M. Brouardel s'est chargé d'énumérer lui-même les impossibilités de cette déclaration : « Il a paru à la commission, dit-il, qu'on ne pouvait pas exiger, sans grands inconvénients, d'un malade atteint, souvent sans le savoir de tuberculose pulmonaire chronique, qu'il fut soumis tous les 15 jours, lui et son entourage, à des pratiques de désinfection, et cela pendant cinq et dix ans consécutifs. » (*Semaine médicale* du 21 janvier 1903).

Il faudrait ajouter cependant, pour être complet, que

l'appareil à désinfection suivrait le malade dans ses voyages que ce soit à Nice, au Caire, à Madère ou à Davos.

Si nous ajoutons que la croyance à la contagion de la phtisie tuberculeuse n'est qu'une *opinion* et non un fait démontré, nous aurons mis dans sa véritable posture cette monomanie des déclarations obligatoires. Que les médecins y prennent garde ; ils ont l'honneur d'appartenir à une profession libérale, ils doivent donc tenir à leur indépendance, se défier d'une administration de plus en plus tracassière et envahissante ; malheureusement le souffle du *socialisme d'Etat* domine dans nos sociétés modernes et la difficulté de vivre, de jour en jour croissante dans la profession médicale, est une porte ouverte à bien des défaillances. *Fama male suadente !*

D^r P. JOUSSET.

CLINIQUE DE LONDRES demande Docteur homœopathe parlant couramment l'anglais et connaissant bien Nez, Gorge et Oreilles. Ecrire au Secrétaire, 10, Marble Arch, LONDON (W.), en donnant détails complets concernant expérience, âge, rémunération désirée, etc.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — *Téléphone.*

L'ART MEDICAL

MARS 1903

LA THÉRAPEUTIQUE POSITIVE .

DEVANT

L'ACTION DES MÉDICAMENTS

BIBLIOGRAPHIE. **R. Arndt** : Biologische Studien. — **P. J. Barthez** : Nouveaux éléments de la science de l'homme. — **Claude Bernard** : Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses. — **Farrington** : Clinical materia medica. — **Frédault** : De l'action des médicaments dans la loi de similitude (*Art médical*, décembre 1879). — **Michel Granier** : Homœolexique. — **Hahnemann** : Organon ; Fragmenta de viribus medicamentorum positivis. — **Hale** : New remedies. — **C. Heinigke** : Handbuch der homöopathischen Arzneiwirkungslehre. — **H. Huchard** : Conférences à l'hôpital Bichat et à l'hôpital Necker. — **R. Hughes** : Manual of Pharmacodynamik. — **P. Jousset** : Traité élémentaire de matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive ; Conférences. — **L. Landois** : Physiologie des menschlichen Körpers. — **Lauder-Brunton** : Action des médicaments (traduction française). — **W. Ostwald** : Studien über die Bildung und Umwandlung fester Körper. — **H. Piedvache** : Mémoires inédits. — **H. Schulz** : Grundriss der praktischen Arzneimittellehre ; Aufgabe und Ziel der modernen Therapie ; Pharmacodynamik des Schwefels ; Pharmacotherapie ; Confé-

rences. — **G. Sieffert** : Formulaire de Thérapeutique positive. — **Léon Simon** : Conférences sur l'homœopathie. — **Trousseau et Pidoux** : Traité de Thérapeutique. — **H. Wapler** : Die Grundsätze der modernen wissenschaftlichen Homöopathië.

« Savoir, c'est pouvoir »

H. SCHULZ.

(Conférence à l'Université de Greifswald).

Nous n'en sommes plus, actuellement, aux quatorze médications de Trousseau et Pidoux, au milieu desquelles se débattait, naguère encore, la thérapeutique éperdue. Rappelons-les, cependant, pour mémoire, les médications reconstituante, astringente, altérante, irritante, antiphlogistique, évacuante, excitante du système musculaire, stupéfiante, anesthésique, antispasmodique, tonique, nevrosthénique, sédative et contro-stimulante, anthelminthique.

Plus près de nous, dans sa préface à la *Thérapeutique de Nothnagel et Rossbach*, en 1880, M. le professeur Bouchard admettait six espèces de thérapeutiques : la thérapeutique naturiste, la thérapeutique symptomatique, la thérapeutique physiologique, la thérapeutique empirique, la thérapeutique statistique et la thérapeutique pathogénique, qu'il plaçait au premier rang, et qu'il considérait comme la thérapeutique de l'avenir. Et pour le professeur Bouchard, la thérapeutique pathogénique n'est autre chose que la thérapeutique étiologique : « Il y a, dit-il, une thérapeutique pathogénique qui, connaissant ou croyant connaître la cause de la maladie, s'attaque à cette cause. Si la cause prochaine lui échappe, elle ne désarme pas, et dirige son action contre les causes de second ordre, contre ces désordres qui vont devenir causes

et qui constituent l'enchaînement pathogénique des accidents successifs ».

Mais la cause prochaine, qui la connaît? Nous avons dit dans l'*Evolution thérapeutique* (1) ce qu'il faut penser de la thérapeutique étiologique. Nous n'insisterons donc pas ici.

Le professeur Huchard, lui-même, n'a pas toujours échappé à cette confusion, et dans sa leçon d'ouverture du cours de clinique et de thérapeutique, professée à l'hôpital Bichat, le 3 mai 1891, il admettait encore trois médications : la médication symptomatique, la médication étiologique et la médication pathogénique. Cependant une intelligence aussi profonde et aussi clairvoyante que celle de M. le D^r Huchard, ne pouvait indéfiniment s'attarder à la discussion de tant de théories contradictoires, et l'éminent maître de l'hôpital Necker, dans une de ses conférences publiée par le *Journal des praticiens* du 19 avril 1902, s'écriait : « *La thérapeutique sera physiologique ou elle ne sera pas.* »

Voilà donc le terrain déblayé. Le praticien, au lieu de marcher à tâtons, pourra dorénavant imprimer à sa thérapeutique une direction positive, s'appuyant sur l'expérimentation et l'observation.

En face de ce résultat, ne craignons pas de le proclamer, si l'art de guérir a fait, dans ces dernières années, d'incontestables et immenses progrès, la meilleure part en revient à cette homœopathie, si officiellement décriée, autour de laquelle on organisait systématiquement un dédaigneux silence, et qui, cependant, a pu obtenir de Trousseau et Pidoux les circonstances atténuantes : « La doc-

(1) *Art Médical*, octobre 1902.

trine homœopathique, disent-ils, a créé une matière médicale pure, d'où sont sorties toutes sortes de notions très précieuses sur les propriétés spéciales des médicaments et sur une foule de particularités que nous ignorons trop en France ». Presqu'en même temps (mai 1871), le professeur Gübler disait, dans une de ses conférences à l'hôpital Beaujon : « L'École de Hahnemann a rendu quelques services à la vraie médecine. Elle a contribué pour sa part, à la connaissance de l'action physiologique des médicaments... » Acceptons ce jugement des autorités de l'époque, sans trop nous émouvoir de leur ton de condescendance.

Après les disciples de Hahnemann, ouvriers de la première heure, des esprits élevés et libéraux, s'affranchissant des préjugés d'École, n'ont pas hésité à abandonner les hypothèses devenues, en quelque sorte, classiques à l'ancienneté, pour entrer hardiment dans la voie positive. De ces courageux efforts communs est né le mouvement d'où surgira la réconciliation entre les deux Ecoles antagonistes, allopathique et homœopathique; il en surgira surtout la vérité.

Dans l'*Evolution thérapeutique* (l. c.) nous avons esquissé l'historique de la question. Aujourd'hui, nous voudrions essayer d'entrer dans le fond du débat, sans avoir la prétention de résoudre entièrement le problème. Nous nous bornerons à poser quelques jalons, en y ajoutant, à l'occasion, nos remarques personnelles. Pour plus de clarté dans l'exposition, nous devons, parfois, répéter des arguments que nous avons déjà mis en avant, ailleurs. On voudra bien nous pardonner ces redites, qui ne seront pas superflues; et nous nous estimerions suffisamment récompensé des recherches que nous a imposées ce travail,

si nous pouvions espérer qu'à sa faveur un nouvel obstacle s'est aplani devant le but que nous poursuivons.

Nous ne terminerons pas cette entrée en matière, sans payer notre tribut de reconnaissance à la mémoire de notre excellent ami, feu le D^r Henri Piedvache, dont les travaux inédits nous ont été d'un si grand secours, en l'occurrence ; et notre gratitude n'oubliera pas M. le D^r Huchard qui, sans nous connaître personnellement, et sans partager toutes nos opinions sur la doctrine homœopathique, n'a cessé de nous prodiguer, au cours de cette étude, ses bienveillants encouragements.

I

Nourri et imbu des principes d'Hippocrate, de Paracelse et surtout de J. Hunter son prédécesseur immédiat, Hahnemann avait mené à bonne fin les recherches expérimentales d'où étaient sorties la loi des semblables et sa formule « *similia similibus curantur* ». La clinique avait donné une éclatante confirmation à la découverte de Hahnemann. Cette sanction cependant, ne suffisait pas au fondateur de l'homœopathie. Il voulut donner une démonstration théorique de sa loi, et, avouons-le, tout de suite, cette tentative ne fut pas heureuse.

Si jaloux de la précision qu'il eût été jusqu'alors, Hahnemann dut recourir à une hypothèse, et transporter en thérapeutique, pour l'y établir comme une règle générale l'adage populaire : le bien peut sortir de l'excès du mal. La chose est, sans doute, parfois possible ; plus souvent elle n'existe pas. Pour Hahnemann, donc, le médicament administré d'après la loi de similitude, produit une aggravation, action morbide s'ajoutant à la maladie

existante, qui amène un mouvement secondaire de réaction et, consécutivement, la guérison.

Cette théorie pèche par la base. D'abord l'aggravation n'est pas un phénomène constant, ni nécessaire à la guérison; ensuite il est souvent possible de la prévenir, même quand elle peut ou doit se produire et, enfin, rien n'est moins prouvé que l'efficacité de cette action aggravante. *A priori*, on serait plutôt tenté d'admettre le contraire. Cette explication de la loi de similitude ne saurait donc être maintenue, d'autant que Hahnemann complique sa théorie de l'opposition des effets médicamenteux, et qu'il s'en faut que tous les phénomènes pathogénétiques soient susceptibles de deux actions opposées.

Avant Hahnemann, J. Hunter avait déjà comparé l'action du médicament à celle d'une maladie qui en guérit une autre; mais contrairement au fondateur de l'homœopathie, le médecin écossais, après avoir remarqué qu'il estime l'action des médicaments curative à la manière d'une maladie qui en supprime une autre, ajoute que c'est, sans doute, en vertu du principe que le même instrument ne peut accomplir à la fois et dans le même temps, deux actions diverses. « On voit, a observé le Dr Frédault, combien la pensée est différente chez les deux hommes. Pour Hahnemann, le médicament produit une maladie médicamenteuse qui aggrave la maladie préexistante, et cette aggravation suscite une action secondaire qui amène la guérison. Pour Hunter, l'action médicamenteuse vient occuper l'activité organique, et, par conséquent la distraire, la détourner de l'action morbide qu'elle accomplissait, pour ensuite la laisser à elle-même, revenir à son fonctionnement normal ».

Moins complexe que la théorie de Hahnemann, l'expli-

cation de J. Hunter n'en reste pas moins une hypothèse. Elle est, à proprement dire, la théorie de la révulsion ; sa justesse nous laisse passablement sceptique.

A ces thèses se sont néanmoins ralliés, plus ou moins, les deux hommes qui, en ces derniers temps, ont le plus honoré l'homœopathie française. Toutefois, ils ne faisaient pas intervenir l'aggravation.

« Une maladie naturelle, dit P. Jousset, ne peut guérir que par le développement, dans l'organisme, d'une maladie artificielle. Or, où trouver ces maladies artificielles, analogues aux maladies naturelles ? Dans l'action des médicaments sur l'homme sain, dans, qu'on me permette cette expression, dans les *maladies médicamenteuses*. » Cette explication, tout en se rapprochant plus de la vérité que la précédente, reste, au fond, toujours une hypothèse, ingénieuse assurément, mais revenant, finalement, à la théorie de la substitution. Elle serait admissible si la maladie médicamenteuse était un fait constant, et s'il était bien démontré que la maladie substituée est préférable à la maladie existante.

M. Léon Simon va plus loin et, peut-être, plus loin aussi dans l'erreur — qu'on veuille bien excuser notre légère critique à l'égard de deux maîtres, dont le caractère élevé et la probité scientifique sont indiscutables — quand il écrit : « Celui-ci (le médicament) pénètre dans l'organisme avec toute sa puissance pathogénétique, c'est-à-dire avec la faculté de développer une *maladie artificielle semblable à la maladie naturelle* qu'il doit combattre, maladie artificielle qui atteindra les mêmes organes, se caractérisera par des phénomènes identiques à ceux de la maladie, en un mot, pourra s'ajouter à cette dernière, mais ne pas s'y substituer. N'est-il pas évident, alors, que

la réaction venant à se produire, l'organisme triomphera, en même temps, des deux actions qu'il lui a fallu supporter, et qui sont venues se confondre, celle de la cause morbide et celle du médicament, et que la guérison en sera la conséquence nécessaire ? »

C'est la théorie de l'aggravation, surchargée de la substitution, en même temps que de la réaction, tous phénomènes purement hypothétiques. Nous nous sommes déjà expliqué sur l'aggravation et la substitution. Plus loin, nous verrons ce qu'il faut penser de l'action et de la réaction qui, elles aussi, ne nous paraissent pas une raison suffisante et nécessaire. L'hypothèse de M. Léon Simon ne nous satisfait donc pas plus que les précédentes, et nous en sommes toujours, provisoirement, au *Rachelierus du Malade Imaginaire*, auquel Molière, en son latin pittoresque, fait dire :

« Mihi a docto doctore,
 Demandatur causam et rationem quare
 Opium facit dormire.
 A quoi respondeo
 Quia est in eo
 Virtus dormitiva,
 Cujus est natura
 Sensus assoupire. »

Frappé, évidemment, par ces obscurités, le D^r P. Jousset a, plus près de nous, après de consciencieuses investigations et de nombreuses observations au lit du malade, formulé sa loi de pharmacodynamique :

« *Un médicament administré à un malade, produit un effet diamétralement opposé à celui qu'il produit chez l'homme sain, si toutefois les symptômes éprouvés par le malade sont analogues aux effets physiologiques du médicament.* »

Cette loi est la traduction aphoristique et l'expression pratique très exacte d'un phénomène clinique excessivement fréquent, sinon constant. Elle ne nous donne, cependant, aucune explication sur la manière dont se produit le phénomène. Mais, avec elle, nous revenons à la thérapeutique positive par la voie expérimentale que Hahnemann, on l'a vu, avait abandonnée pour se livrer à des considérations spéculatives. Elle n'est pas encore la démonstration en quelque sorte mathématique de la loi de similitude, mais elle nous rapproche singulièrement du but, et, comme elle consacre la découverte de Hahnemann, elle a été naturellement en butte aux attaques de nos adversaires.

Lauder-Brunton s'est fait principalement le protagoniste des objections que, dans son opinion, soulève la loi des semblables : « Ce qui a fait croire, remarque-t-il, à une action contraire du médicament chez l'homme sain et chez l'homme malade, tient uniquement à ce qu'on emploie, chez le malade, des petites doses; or, il y a une loi indiscutable de pharmacodynamique, c'est que le médicament produit deux effets opposés, suivant qu'on l'administre à fortes doses ou à petites doses. » Voilà, en substance, ce que pensent Lauder-Brunton et ses partisans; et, soit dit en passant, il est assez curieux de constater que, pour infirmer la loi de similitude, les contradicteurs de Hahnemann se servent, précisément, des arguments avec lesquels il prétendait l'étayer.

Avant tout, il convient de remarquer que le D^r P. Jousset a dit : « Le médicament produit un *effet* diamétralement opposé. » La remarque est importante, M. Jousset n'ayant, probablement, pas voulu aller plus loin dans sa loi; car si, de fait, et comme nous nous proposons de l'établir, l'*action*

du médicament est essentiellement la même sur l'homme sain et sur l'homme malade, il n'en est pas moins vrai que l'*effet* produit est opposé. Lauder-Brunton a, évidemment sans le vouloir, joué sur les mots, d'autant que les effets opposés des doses, eux aussi, ne se produisent pas de façon constante : « Tout cet échafaudage de raisonnements, répond donc avec justesse le D^r P. Jousset, repose sur des faits exceptionnels, sur certains symptômes qui présentent, dans les maladies, une double action dont l'une est opposée à l'autre... Mais si l'on sort de ces exemples restreints pour aborder le domaine des maladies, le sophisme n'a plus de base. » « Du reste, observe le D^r Frédault, la règle des effets secondaires est générale pour tous les phénomènes morbides qu'on nomme, en pathologie générale, *des augmentations et des diminutions de fonctions*, mais cela non à cause du médicament, et bien plutôt en raison d'une loi normale qui règle ces phénomènes à l'état pathologique comme à l'état physiologique. Dans tous ces cas, il suffit qu'une fonction ait été augmentée, pour qu'ensuite elle présente une diminution ; ou qu'elle ait été d'abord diminuée, pour ensuite être augmentée. Ce n'est point là le fait d'un agent particulier et déterminé, mais bien le résultat d'une loi physiologique de compensation et d'équilibre. »

Signalons, à l'occasion, que ce dernier argument s'applique également à la thèse du D^r Léon Simon, que nous avons exposée plus haut ; mais notons aussi, dès maintenant, que ni le D^r P. Jousset, ni le D^r Frédault, ne semblent tenir un compte suffisant de la double action des médicaments. Comme on le verra, dans la suite, elle pèse d'un grand poids dans la thérapeutique positive, non pas, comme on pourrait s'y attendre, là où elle existe, mais

dans les cas où elle n'existe pas et où, dès lors, l'effet pathogénétique unique du médicament acquiert une valeur particulière.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, les restrictions de Lauder-Brunton laissent intacte la loi de similitude, et disparaissent totalement, si l'on veut bien considérer qu'il y a des médicaments qui sont homœopathiques à toutes les doses. Ainsi, les effets primitifs de l'aconit indiquent que ce médicament réussit contre la fièvre à la 6^e dilution et à la dose de XX à XXX gouttes de teinture-mère. De même pour la bryone et pour l'ipécacuanha, dans la broncho-pneumonie et dans la pneumonie. De même pour la cantharide dans les inflammations de la sphère génito-urinaire. Il semble, dès lors, inutile d'aller plus loin dans cette démonstration et, au point de vue pratique, nous tenons pour acquise la loi de P. Jousset.

II

Plus grave, néanmoins, nous nous hâtons de le dire, mais en apparence seulement, est l'objection qu'on a voulu tirer des expériences de Claude Bernard.

Dans la cinquième de ses *Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses*, l'illustre professeur du Collège de France a dit — ce qui est vrai, d'ailleurs, — que le médicament n'agit pas autrement sur le malade que sur l'homme sain.

« Je vous démontrerai, en outre, par des expériences comparatives, que les données fournies par l'observation des effets chez un *animal* sain sont applicables à l'homme malade; qu'il n'y a pas une physiologie normale et une physiologie pathologique. Les distinctions qu'on a tenté

d'établir, à cet égard, ne reposent que sur l'addition pure et simple de phénomènes morbides qui prennent seulement leur part dans un ensemble de manifestations dont la nature ne change pas pour cela. Si l'on ingère, comparativement, du cyanure de mercure dans l'estomac d'un chien bien portant et dans celui d'un chien malade, le chien bien portant sera tué presque instantanément, l'autre ne le sera que lentement.

« Les choses se sont-elles donc passées différemment dans les deux cas ? Nullement. Le cyanure de mercure a tué le chien bien portant par l'acide cyanhydrique libre qui a pris naissance dans son estomac en présence du suc gastrique. Le chien malade n'y a pas succombé par un mécanisme différent ; seulement, la lenteur de la mort doit être attribuée à ce que le cyanure de mercure n'a pas trouvé dans son estomac malade le suc gastrique qui met en liberté l'acide cyanhydrique ; dès lors celui-ci n'a pu agir qu'après que le cyanure liquide a été absorbé plus lentement que ne l'est l'acide cyanhydrique. »

Une première remarque qu'impose cette théorie, c'est que l'illustre successeur de Magendie à la chaire de médecine du Collège de France a, dans sa parole, certainement dépassé sa pensée, ou qu'il s'est laissé emporter par le raisonnement. Les poisons n'agissent pas toujours sur l'animal comme sur l'homme. Aussi bien la façon de se comporter des diverses espèces vis-à-vis des alcaloïdes est-elle bien connue, et faut-il, par exemple, citer la différence d'action de la morphine et de l'atropine sur l'animal et sur l'homme sain ; des expériences sur les animaux avec le colchique donnent des résultats négatifs comparativement aux essais sur l'homme. Voilà donc un premier terme de comparaison qui laisse à désirer. Nous l'indi-

quons sans avoir l'intention de manquer de respect à la mémoire et à l'autorité du grand savant qui a projeté un si vif éclat sur la science française.

D'autre part Claude Bernard se servait de doses *toxiques*, sinon *hypertoxiques*, qui n'allant pas sans de profondes altérations organiques, sont incapables de nous renseigner sur les effets *physiologiques* des médicaments : *il empoisonnait aussi bien ses chiens bien portants que ses chiens malades* ; et que nous importe, dans ce cas, le mécanisme de l'empoisonnement ? La seule conséquence logique qu'entraîneraient, à la rigueur, ces expériences, c'est qu'il est plus difficile d'empoisonner un chien malade qu'un chien bien portant.

Schroff a, cependant, avec le concours de ses disciples, institué une série d'épreuves sur l'homme sain, au moyen de fortes doses agissant drastriquement. Ces essais ressemblent plutôt à des expériences sur les animaux : ils sont dangereux, et n'offrent un intérêt réel que pour la toxicologie. Conclure absolument de l'action des doses toxiques à l'action des doses physiologiques, c'est revenir, indirectement, à l'iâtro-chimie, pour laquelle le corps humain n'est plus qu'une cornue dans laquelle les éléments en présence réagissent à l'aise les uns sur les autres.

En dehors des empoisonnements par des substances chimiques, l'iâtro-chimie est une méthode depuis longtemps condamnée. Au surplus, l'empoisonnement est une maladie dont la cause prochaine est connue ; elle n'entre donc pas dans les cas prévus par la loi de P. Jousset, et jamais il n'est venu à l'idée d'aucun homœopathe de rendre l'empoisonnement justiciable de la loi de similitude. D'autre part les altérations organiques inhérentes aux intoxica-

tions pratiquées au Collège de France ne pouvaient se produire avec les essais physiologiques de P. Jousset, et c'est là encore un facteur qui mérite d'être pris en considération.

Mieux inspiré a été Claude Bernard, quand il a dit : « Certains poisons violents, tels que la strychnine, la nicotine, la morphine, l'acide prussique, etc., ne subissant, dans l'économie, aucune décomposition, n'y déterminent aucune fermentation ; ils ne font que traverser l'organisme, dont ils sont bientôt éliminés, sans laisser de trace matériellement appréciable de leur passage, et cependant ils produisent des désordres énergiques. Pour expliquer leurs effets on admet que leur action sur les systèmes organiques, et surtout sur le système nerveux central, consiste en un effet de contact d'une nature telle, que les fonctions de ce système sont immédiatement troublées ou anéanties. L'impossibilité de constater matériellement les lésions produites par ces agents, les a fait nommer lésions vitales, lésions dynamiques... Une infinité de désordres ne peuvent s'expliquer par aucune des considérations précédentes, et doivent, en conséquence, être rangées au nombre des perturbations vitales... »

Il est évident que la maladie se traduit par des troubles fonctionnels, bien plus encore que par des lésions anatomiques, et que ces troubles fonctionnels peuvent, sous l'influence d'un poison, atteindre une intensité capable d'arrêter, immédiatement, complètement, le fonctionnement des organes : la mort ne survient pas autrement. Et c'est dans le but de ramener les organes à leur fonctionnement normal, mais non pas pour obvier à la lésion anatomique, que nous administrons le médicament. Aussi bien si la lésion anatomique n'est pas grave, elle guérit spontanément à la suite du rétablissement normal des fonctions.

Que si cette lésion organique est trop profonde ou trop étendue, elle est, par elle seule, un obstacle au rétablissement des fonctions, et alors aucun médicament, ni allopathique, ni homœopathique, n'est plus assez puissant pour enrayer la destruction finale ; au contraire, l'agent thérapeutique jouera, dans ce cas, vis-à-vis de l'organisme, le rôle d'un corps étranger, exigeant, pour son élimination, un effort supplémentaire de l'économie déjà épuisée, et devenant, pour l'énergie vitale, une cause ultime d'affaiblissement, qui hâtera l'issue léthale. Seule en ces occurrences désespérées, la médication palliative trouve encore sa raison d'être, si toutefois il est possible au praticien de reconnaître la limite au-delà de laquelle toute régénération des tissus est impossible.

Nous n'irons pas plus loin, dans cette digression, un peu longue, à laquelle nous nous sommes laissé aller, afin de bien faire ressortir qu'il n'y a pas antinomie entre les expériences de Claude Bernard et la loi de P. Jousset qui, elle, prend, dans la pratique, une importance considérable. Il est, d'autre part, très certain que Claude Bernard, dans ses recherches, n'avait pour but, ni d'infirmer, ni de confirmer la loi de similitude, et qu'il allait simplement à la découverte de la vérité, sans se préoccuper du côté où il la trouverait. D'ailleurs, il est tout à fait digne de remarque que les conclusions de Claude Bernard, si peu évidentes qu'elles paraissent résulter de ses expériences, ont été vérifiées dans la suite, et cela sans être en contradiction avec l'aphorisme pratique de P. Jousset. En un mot, *l'action du médicament est essentiellement la même sur le malade et sur l'homme sain, mais se traduit, là où la loi de similitude est applicable, par un effet diamétralement opposé, chez le malade, aux effets physiologiques provoqués sur l'homme sain.* C'est ce qu'il nous reste à démontrer.

III

Afin de ne laisser subsister aucune équivoque, précisons bien l'interprétation de la loi des semblables.

« **Similia similibus curantur** » veut dire : « Le plus prompt et le plus sûr moyen de guérir consiste dans l'emploi d'un médicament capable de faire naitre, chez l'homme sain, un ensemble de phénomènes anormaux semblables à l'ensemble de ceux qu'on a constatés chez le malade en traitement. »

Rappelons encore que la médication basée sur cette loi est une médication curative, qui n'est pas applicable aux affections de cause externe, à étiologie bien connue (chirurgie, maladie parasitaires, empoisonnements); les exceptions ainsi spécifiées relèvent de la loi des contraires proprement dite. Enfin, il existe une série de médicaments qui, eux aussi, échappent à la loi de similitude, et sont par conséquent tributaires du *Contraria contrariis*. Nous en parlerons plus loin.

Mais, dans la majorité des cas c'est la loi des semblables qui doit servir de règle à la thérapeutique. Comment s'exerce l'action des médicaments à la faveur de cette loi?

Rudolf Arndt et Hugo Schulz, professeurs à l'Université de Greifswald, ont scientifiquement et aussi mathématiquement que puisse l'être une loi en médecine, démontré cette action.

R. Arndt a pris pour point de départ la loi des secousses de Pflüger qui dit textuellement :

« Les contractions qui se produisent à la fermeture et à la rupture du courant présentent des différences suivant

la direction (Pfaff) et la force du courant (Heidenhain) :

« 1° Les courants *faibles* ne donnent, qu'ils soient descendants ou ascendants, qu'une secousse de fermeture. La disparition de l'anélectrotonus (1) est une cause d'excitation si faible, qu'elle est insuffisante pour exciter le nerf;

« 2° Les courants *moyens*, ascendants et descendants, donnent une secousse de fermeture et de rupture;

« 3° Les courants *très forts*, quand ils sont *descendants*, ne donnent qu'une secousse de fermeture; il ne se produit pas de secousse de rupture, parce que l'électrotonus provoqué par des courants très forts abolit la conductibilité dans les parties intra-polaires du nerf. Les courants *ascendants* ne donnent, pour la même raison, qu'une secousse de rupture. Quand le courant a une certaine intensité, le muscle reste en tétanos à la fermeture du courant (tétanos de fermeture). »

R. Arndt a établi que cette loi de Pflüger, d'après laquelle les faibles excitations électriques sur les nerfs se

(1) *Electrotonus*. Etat électrique d'un nerf parcouru partiellement par un courant constant. Le nerf devient plus irritable dans la région la plus rapprochée du pôle négatif, constituant une zone *catélectrotonique*. Il l'est, au contraire, beaucoup moins près du pôle positif : c'est la zone *anélectrotonique*. Entre les deux existe une zone neutre. Si l'action du courant se prolonge, la zone calmée par le pôle positif augmente d'étendue.

Anélectrotonus. Nom sous lequel on désigne l'abaissement d'irritabilité électrique qui se produit dans la région voisine du pôle positif d'un courant qui traverse ce nerf. *Anélectrotonique*, se dit de la région d'un nerf traversé dans une partie de son trajet par un courant électrique où se développe le fluide positif dans la théorie de l'électrotonie.

comportent en raison inverse des excitations fortes (1), conserve sa valeur pour tous les phénomènes de la vie. Et comme se rattachant à cette loi, il a formulé la loi biologique suivante :

« Les petites excitations provoquent l'activité vitale; les excitations moyennes l'augmentent; les excitations fortes le jugulent; les excitations exagérées la suppriment; mais toujours l'action de l'échelle excitatrice est différente suivant les individus. »

Hugo Schulz a prouvé la justesse de cette loi, au point de vue pharmacodynamique. C'est ainsi que nous voyons l'alcool, à petites doses, exciter les fonctions du cerveau, et les paralyser à fortes doses; le sublimé, fortement concentré, tue le protoplasma des cellules et les bactéries, tandis qu'en dilution de 1/800.000, il détermine une fermentation violente, dépassant de beaucoup la normale, dans une solution de sucre de raisin additionnée de levure de bière : cette fermentation peut être évaluée d'après la production d'acide carbonique. Même observation pour l'iode, le brome, l'arsenic, l'acide salicylique, l'acide formique. Il en résulte que les faibles doses excitent l'activité vitale et que les fortes doses la paralysent.

Mais la loi de Pflüger ne s'applique qu'aux organes sains, Schulz l'a étendue aux organes malades, au moyen de la loi de Ritter et Valli, dont voici la formule exacte :

(1) Dans l'*Évolution thérapeutique*, une faute de transcription nous a fait dire : « Les faibles excitations électriques sur les nerfs, de même que les excitations fortes, provoquent des effets inverses. » Ce texte doit être ainsi rétabli : « Les faibles excitations électriques sur les nerfs se comportent en raison inverse des excitations fortes. »

« Lorsque les communications d'un nerf avec son centre sont rompues (à la suite d'une section, par exemple) ou lorsque le centre meurt, on observe d'abord une *augmentation* d'excitabilité du centre vers la périphérie puis l'excitabilité *diminue* jusqu'à disparition complète. Ce phénomène se produit plus rapidement dans les segments du nerf les plus rapprochés du centre nerveux que dans les segments éloignés. »

Ritter donne à cette loi le commentaire suivant :

« Dans le nerf qui se meurt, l'excitation est modifiée d'après la loi de Ritter et Valli, et la loi des secousses présente, elle aussi, des modifications : dans le stade d'excitabilité augmentée, les faibles courants, ascendants ou descendants, ne donnent que des secousses de fermeture; dans le stade suivant, quand l'excitabilité commence à diminuer, les *faibles courants* donnent, dans les deux directions, des secousses de fermeture et de rupture; enfin, dans le stade où l'excitabilité est fortement affaiblie, le courant descendant ne donne plus qu'une secousse de fermeture, et le courant ascendant, une secousse de rupture.

« Quand le nerf est mort, son excitabilité est complètement abolie; la mort se produit graduellement, suivant la loi de Ritter et Valli, du centre vers la périphérie. »

Ceci posé, rappelons-nous que la maladie se caractérise avant tout et surtout par un trouble fonctionnel, et que les fonctions normales sont troublées par les agents toxiques et médicamenteux de trois manières : par excès, par défaut, ou par production de phénomènes nouveaux purement morbides (perturbations). Ces trois catégories se réduisent à deux, par l'interprétation : déviations par *exaltation fonctionnelle*, déviations par *dépression fonctionnelle*. Tous

les symptômes pathogénétiques, qu'ils se manifestent dans un seul sens ou dans deux sens opposés, rentrent dans ce cadre dichotomique.

Comme c'est sur les fonctions du système nerveux que les poisons agissent tout d'abord, par impression et dynamiquement, on est nécessairement frappé par cette loi de Brown-Séguar :

« L'excitation modérée d'un élément nerveux provoque une exaltation (dynamogénie) des fonctions qui en dépendent, directement ou par acte réflexe ; une action plus forte peut abolir les mêmes fonctions (inhibition). »

Claude Bernard, partant d'un autre point de vue, a dit :

« Toute substance qui, à petite dose, excite les propriétés ou les fonctions d'un élément anatomique, les anéantit à haute dose. »

Enfin, R. Arndt, plus explicite et avec plus de précision, a écrit :

« Tout médicament qui, à un certain degré de concentration, tue ou anéantit le protoplasma, entrave, à moindre dose, l'aptitude ou développement ; mais en quantité beaucoup plus petite encore, au-delà du point d'indifférence, il provoque, au contraire, un effet, et augmente la vitalité ».

Récapitulons : D'une part, expériences pathogénétiques de Hahnemann et de ses continuateurs, lois de Pflüger, de Ritter et Valli, de Brown-Sequard, de Claude-Bernard et de R. Arndt : en face, la maladie, trouble fonctionnel d'un ou de plusieurs organes, nécessité d'exciter ces organes pour qu'ils puissent revenir à leur fonctionnement normal et, enfin, le médicament capable de produire sur l'organisme sain les troubles constatés chez l'organisme malade.

Il va de soi que le système nerveux étant, par excellence, le régulateur des fonctions organiques, c'est sur lui que l'excitation devra porter. Et quel est, dans ces conditions, l'agent d'excitation le meilleur ? C'est évidemment le médicament dont nous savons qu'il suscite, sur l'organisme sain, les troubles dont il s'agit. De là, nous pouvons, sans crainte de nous tromper, tirer les deux conclusions suivantes, qui se renforcent et se démontrent réciproquement :

« *L'action du médicament est essentiellement la même sur le malade et sur l'homme sain.* » (H. Schulz) ;

« *L'agent le plus capable de ramener à leur état physiologique les organes troublés dans leurs fonction, est le médicament qui provoque sur l'organisme sain les troubles fonctionnels constatés sur l'organisme malade.* » (Loi de similitude).

D'où cette formule générale :

« *L'action du médicament étant essentiellement la même sur l'homme malade et sur l'homme sain, s'exerce au moyen d'une excitation sur le système nerveux, dont les effets retentissent inversement sur l'homme sain et sur l'homme malade : dans le premier cas, l'excitation provoque des troubles fonctionnels ; dans le second, elle ramène à leur état physiologique les organes fonctionnellement troubles.* » (Sieffert.)

Mais il y a plus encore. Comme l'organisme se trouve, par le fait de la maladie, dans un état d'irritabilité plus grand qu'à l'état de santé, il n'a pas besoin, pour réagir, d'une excitation aussi violente qu'à l'état de santé. D'où cette autre loi :

« *La dose thérapeutique doit toujours être plus petite que la dose physiologique.* » (Léon Simon.)

Ainsi se trouve tranché le différend qui sépare les deux

Ecoles antagonistes et, pouvons-nous, de plus, à la faveur des règles établies, éliminer l'inconnue qui, jusqu'ici, restait la pierre d'achoppement, c'est-à-dire le moment étiologique dont la détermination, quoique toujours désirable, n'est plus un élément indispensable à la solution du problème ; ce qui nous permet de conclure à ce corollaire inattendu :

« *L'action thérapeutique du médicament s'exerce indépendamment du moment étiologique de la maladie* » (Siefert) (1).

N'allons pas plus loin, cependant, sans dire que la loi de similitude ainsi établie est une règle générale qui, comme toutes les règles, comporte des exceptions. Nous en avons déjà signalé quelques-unes ; dans la suite, nous en indiquerons d'autres plus importantes.

(1) Remarquons, encore une fois, en passant, combien cette question de la thérapeutique étiologique a soulevé de controverses passionnées et stériles ; et, à propos de la théorie microbienne, rappelons, avec le Dr P. Jousset, que *le microbe n'est pas la cause prochaine de la maladie*, puisque :

- 1° Le microbe existe, et la maladie peut ne pas se développer ;
- 2° Le microbe n'existe pas, et la maladie peut se développer ;
- 3° Le même microbe peut produire plusieurs maladies, et une même maladie peut être produite par plusieurs microbes ;
- 4° Il existe des microbes pathogènes extrêmement nombreux, restant à l'état latent dans nos organes, et en particulier dans le tube gastro-intestinal.

Quand leur pathogénésie aura été bien établie, microbes, toxines et antitoxines passeront à l'état d'agents thérapeutiques ayant, entre autres propriétés, celle de démontrer l'action des doses infinitésimales, et soumis aux lois générales de la thérapeutique.

IV

Une nouvelle conséquence découle de ce que nous venons d'exposer : c'est que l'action des doses infinitésimales ne saurait plus être niée, et qu'elle est en rapport direct avec le degré d'irritabilité de l'organisme. Encore donc qu'il existe des médicaments homœopathiques à toutes doses, il y en a d'autres, en plus grand nombre, dont l'entière action ne se développe qu'à la faveur de l'atténuation, et pour lesquels cette atténuation fait, en quelque sorte, partie intégrante de la loi de similitude.

L'atténuation, toutefois, a ses limites, et c'est là-dessus que nous devons nous expliquer. Sans doute, nous devons croire sur parole un homme de la valeur de feu le D^r Frédault, quand il nous dit : « Ainsi, j'ai vu la *digitale* à la 3000^e arrêter des crises cardiaques nocturnes qui venaient régulièrement à heure fixe, et que ni le *quinquina*, ni la *digitale* à hautes doses, n'avaient pu conjurer. J'ai, de même, vu le *Calcarea* et le *plomb*, à la 200^e, arrêter des attaques d'épilepsie. Chez un enfant atteint de laryngite striduleuse revenant la nuit, et qui durait depuis plusieurs semaines, le *Plumbum* à la 200^e me donna un succès complet. Le *Kali carbonicum*, à la 1200^e, m'a arrêté des crises nocturnes de vomissements qui se montraient chaque nuit, depuis douze ans. On a, d'ailleurs, cité tant de faits analogues, que sur ce point la cause est entendue... » Mais nous ne pouvons admettre l'interprétation du D^r Frédault, d'après laquelle « les hautes doses semblent répondre mieux à des fonctions générales d'ensemble, et les petites doses porter plus spécialement leur action sur des phénomènes morbides isolés, qu'on pour-

rait rattacher à une action de tissu plutôt qu'à des fonctions d'ensemble... » « En résumé, continue le Dr Frédault, les fortes doses, comme les petites, ont des actions analogues ; mais les premières répondant à un ébranlement plus général de l'organisme et les secondes à des localisations plus isolées. Les unes et les autres viennent occuper l'activité vitale, tantôt plus violemment et plus en étendue, tantôt plus subtilement, pour laisser ensuite cette activité revenir d'elle-même à son état normal, et c'est ainsi que, selon l'habitude morbide de cette activité — car la maladie est comparable à une habitude vicieuse plus ou moins enracinée — il faut toucher tantôt fortement et largement, tantôt légèrement ; tantôt laisser la nature reprendre son aplomb, après une action diversive très légère, plus ou moins accentuée. »

Nous voilà, en plein, revenus aux hypothèses, et, disons-le tout de suite, celle-ci ne nous satisfait pas plus que les autres : nous ne croyons pas à l'action d'emblée de doses aussi infinitésimales que celles dont parle le Dr Frédault et comparables à la disparition de l'anélectrotonus qui, d'après la loi de Pflüger, constitue une excitation tellement minime, qu'elle est insuffisante pour exciter le nerf. Comme l'observe H. Schulz, les changements survenant dans l'organisme sous l'influence d'un médicament sont, d'une manière générale, l'expression d'un effet d'excitation. Pour que cet effet puisse se produire, deux facteurs sont indispensables : l'agent excitateur, le médicament, et l'organe, récepteur de l'excitation. En outre, il est nécessaire qu'il existe certaines corrélations entre ces deux facteurs. Pour qu'un médicament puisse développer les effets qui lui sont inhérents, la condition essentielle est qu'il puisse être absorbé par

l'économie, peu nous important, d'ailleurs, qu'il soit administré en solution, ou que la solution s'opère à la faveur des éléments fournis par l'économie. Mais il peut même arriver que le médicament, bien qu'administré sous forme soluble, ne développe pas les phénomènes d'excitation attendus, et le fait peut tenir soit au médicament, soit à l'organisme.

Il est bien connu que certaines solutions médicamenteuses sont plus facilement absorbées par l'organisme, en forme diluée qu'en forme concentrée. Il semblerait que la solution concentrée provoque immédiatement, à l'endroit où doit se faire l'absorption, une telle irritation sur les tissus y destinés, que ceux-ci, pendant un temps plus ou moins long, ne soient plus, à des degrés divers, aptes à remplir leurs fonctions, les tissus enflammés absorbant mal, sinon pas du tout. Par conséquent, il faut veiller à ne pas provoquer une action locale trop violente, lorsqu'on veut qu'un médicament agisse sur l'organisme (1).

Inversement, certains médicaments à action profonde provoquent, en solution trop diluée, des réactions telles, qu'elles présentent un danger pour la vie du malade. Exemple : le calomel.

(1) Cette considération nous permettrait volontiers de supposer que les médicaments obéissant à la loi de similitude — car ils ne lui obéissent pas tous, nous le verrons plus loin — sont tous homœopathiques à toutes les doses, mais que l'irritation locale, produite par un bon nombre d'entre eux, est à ce point vive, qu'ils ont besoin d'être dilués pour que le développement de leur action homœopathique puisse se manifester. Ce n'est, cependant, jusqu'à plus ample informé, qu'une hypothèse sur laquelle nous ne voudrions pas insister davantage : en thérapeutique positive les hypothèses doivent, autant que possible, être écartées.

Admettons que l'absorption du médicament se soit faite dans des conditions favorables, et que l'agent thérapeutique, entré dans le courant circulatoire, ait parcouru jusqu'aux moindres parties de l'organisme ; cependant nous ne voyons réagir que quelques organes, qu'un organe isolé : la raison en est que chaque médicament, la matière médicale nous l'enseigne, a son champ d'action déterminé, au-delà duquel il est inutile de rien lui demander, si ce n'est d'agir en corps étranger.

L'expérience nous a également appris qu'il y a des doses suffisantes et nécessaires pour produire l'effet médicamenteux, encore que, sous ce rapport, l'échelle soit passablement étendue ; mais cet effet n'est imputable que pour moitié au médicament ; l'autre moitié revient aux organes et à l'organisme, comme nous le démontrerons plus loin, et, à ce point de vue, l'accoutumance joue un grand rôle.

Comment se pose alors, demande Schulz, la question de la limite pour l'action médicamenteuse ? La réponse est bien simple : « Où il n'y a rien, rien ne peut se produire », c'est-à-dire, lorsque l'atténuation est portée à un degré où elle n'entraîne plus, pour les molécules, qu'une interversion dans la disposition de leurs atomes, et quand, de la sorte, par la non présence de l'un des deux facteurs, l'action médicamenteuse devient impossible, il n'y a plus de place que pour la suggestion.

Le fait se vérifie, quand on porte un médicament à une atténuation ultra-infinitésimale. A cet égard, les géniales expériences physico-chimiques du professeur W. Ostwald, chef du deuxième laboratoire de chimie à l'Université de Leipzig, semblent avoir tracé la limite ultime. Le D^r Frédault, dans les exemples de guérisons par les doses ultra-

infinitésimales qu'il a citées, et dans lesquelles, — c'est lui-même qui nous le dit, — le traitement homœopathique avait été précédé par l'administration de doses massives, s'est donc trouvé dans l'un des deux cas suivants : ou bien l'irritation locale produite par la dose massive, avait empêché l'absorption de la dose efficace et utile, absorption qui n'a pu se faire qu'après disparition de l'irritation locale ; ou bien la dose infinitésimale, ajoutée aux doses précédentes, a agi conformément aux expériences d'Ostwald (1).

(1) Le professeur W. Ostwald a expérimentalement démontré que la cristallisation d'une solution sursaturée, c'est-à-dire sur-refroidie, se produit immédiatement, dès qu'on ajoute à cette solution une trace infinitésimale de la substance qu'elle contient. Il s'est, entre autres, servi d'un cheveu légèrement passé sur un cristal de salol, et qu'il a ensuite mis en contact avec une solution salolée. Mêmes résultats avec le thymol, le borax, etc. L'opérateur a également, dans ce but, employé des médicaments triturés d'après l'échelle homœopathique, et a ainsi démontré que la recristallisation survenait encore avec une neuvième atténuation décimale, qui répond, elle, à la 1/1000 millionième partie d'un gramme.

Ces expériences du professeur W. Ostwald ont donné naissance à une théorie fort ingénieuse du Dr Baurittel, de Catane : « Les humeurs de notre corps, dit-il, sont des solutions saturées, d'autant plus qu'il s'agit, ici, de tenir en solution *plusieurs éléments, en même temps*. Le sang contient, ensemble, du sel de cuisine, du fer, du soufre, des phosphates de chaux, de magnésie et de soude, du sulfate et du carbonate de soude, etc., toutes substances en état de solution constante.

Cette solution est, en elle-même et comparativement aux autres éléments, saturée si exactement, que si nous absorbons, par exemple des aliments beaucoup plus salés, la quantité de chlorure de sodium se trouve, néanmoins, toujours être, à l'analyse, de

Mais, en aucun cas, nous le répétons, une 3.000^e atténuation de digitale, une 200^e de carbonate de chaux ou de plomb, ou une 1.200^e de carbonate de potasse n'aurait agi d'emblée. Si on nous le démontrait, nous nous inclinons, naturellement ; on nous permettra provisoirement de rester dans le doute, bien qu'il soit établi que certaines substances n'acquiescent leur entière efficacité qu'à la faveur d'un degré élevé de division. Cette dernière remarque s'applique surtout aux corps insolubles ou difficilement solubles, lorsqu'on veut obtenir plus qu'une action superficielle et passagère. Et, d'autre part, l'expérience a prouvé qu'avec les substances qui sont parties constitutives de l'organisme, on arrive à des résultats beaucoup plus considérables, au moyen de doses fortement atténuées, quand il s'agit de rétablir l'équilibre rompu. Le

5 pour 1.000 (chiffre rond). Mais comme le sang ne se sature pas davantage, il faut qu'à l'apport en plus corresponde une évacuation en plus, ce qui a lieu effectivement. Cependant personne ne voudrait prétendre qu'apport et évacuation sont, quantitativement, absolument identiques. Sans doute il en est ainsi pour la plus grosse part ; mais une plus petite part a pénétré dans le sang, et y a déterminé l'excrétion d'un équivalent du contenu antérieur. La déjection de ces éléments anciens fait partie intégrante de l'échange des éléments ; mais l'excrétion, de même que le dépôt des éléments dans les tissus, etc., constitue une sorte de *décristallisation* qui, chez l'homme sain, s'opère d'une façon continue et ininterrompue. L'interruption de cette *décristallisation*, qui peut se produire dans les organes les plus divers, c'est la maladie. Lors donc que la *décristallisation* est interrompue, c'est-à-dire lorsqu'il ne se produit plus de déjection dans la solution saturée, il ne peut nécessairement plus se produire aucune nouvelle admission, *hormis quand il s'agit de doses tout à fait infinitésimales*. Et nous savons par les expériences d'Ostwald que

soufre en est un frappant exemple (H. Schulz. — *Studien über die Pharmakodynamik des Schwefels*. Greifswald 1896).

V

Jusqu'ici nous nous sommes appliqué à établir les limites de l'action médicamenteuse, en nous plaçant au point de vue du seul médicament, abstraction faite de l'organe ou des organes soumis aux effets de l'agent thérapeutique. Nous avons emprunté la plupart de nos arguments à une remarquable conférence du professeur Schulz, reproduite par *Aerztliche Rundschau* n° 13, 1902.

Notre tâche n'est cependant qu'à moitié accomplie, et et c'est encore avec le professeur Schulz que nous allons faire entrer en ligne le second facteur, l'organisme.

la décristallisation d'une solution saturée peut être provoquée par un seul petit cristal..... L'administration en masse, c'est-à-dire la forte dose, ne peut être efficace que là où la décristallisation n'est pas encore *tout à fait* interrompue ; mais si elle est complètement arrêtée, elle ne peut être rétablie que par une dose infinitésimale... Concluons : Nos humeurs, à 37°5 de température, sont des solutions saturées, l'échange des éléments est une décristallisation ; l'interruption de cet échange, c'est-à-dire de la décristallisation est la maladie. Le rétablissement de la décristallisation est le processus curatif ; et celui-ci ne peut s'obtenir par l'administration de *doses massives*, mais bien par des *doses infinitésimales* (J. Baurittel. — *L'Homœopathie ; Nouvelle explication et nouvelle démonstration*. — *Populäre Zeitschrift für Homœopathie*, 1^{er} septembre 1901).

Cette explication est une nouvelle preuve à l'appui de la doctrine du Dr Frédault, d'après laquelle la maladie est, avant tout un trouble fonctionnel, et le médicament l'agent excitateur qui intervient pour rétablir l'équilibre physiologique rompu.

Ici la méthode la plus démonstrative consiste à prendre pour point de départ la loi biologique de R. Arndt, en tenant compte des restrictions que comporte cette loi, lorsqu'elle s'applique à des organes malades, c'est-à-dire ne se trouvant pas dans leur état physiologique.

Arndt nous enseigne que des excitations fortes produites sur la substance animée diminuent l'aptitude fonctionnelle. Par conséquent des excitations médicamenteuses de cette intensité doivent, en général, être évitées, en raison du préjudice qu'elles sont capables de porter non seulement directement à l'organe touché par l'excitation, mais encore indirectement aux organes dépendants de l'organe touché. En réalité, par l'application d'une forte excitation médicamenteuse, on a toujours recours à une dose pathogène.

Sans doute, celle-ci peut parfois être nécessaire, lorsque tout autre moyen de salut est perdu. C'est alors que les narcotiques trouvent leur emploi ; avec leur concours nous empoisonnons le cerveau, et spécialement les centres psychiques, afin d'apaiser, tout au moins momentanément, la pénible sensation de la douleur. Dans ce cas, par égard aux autres organes, il nous faut administrer des doses massives d'opium, quand l'état de l'intestin l'exige, ou de digitale, lorsque l'état du cœur le réclame. De même en va-t-il de l'émétique, s'il faut, en présence d'un empoisonnement, agir violemment sur l'estomac, afin de provoquer l'élimination rapide d'un toxique menaçant l'existence (1).

(1) Ceci, est, en même temps qu'une application de la loi des contraires, la justification de la médication palliative à laquelle certains homœopathes ne peuvent, cependant, que difficilement

Il est évident qu'on n'obtiendra, de la sorte, que des phénomènes secondaires, et non des résultats curatifs durables : l'emploi prolongé de pareilles doses provoquerait des troubles notables et persistants.

Néanmoins, il peut arriver qu'avec une dose médicalementeusement choisie, il survienne, dans certains cas particuliers, des déviations à la règle : ou bien alors l'organe excité réagit de façon extraordinairement violente ; ou bien il se produit des effets médicamenteux sur des organes se trouvant tout à fait en dehors du champ d'action sur lequel nous croyons opérer. C'est qu'alors nous avons affaire aux « effets dits secondaires ». Pour traduire les deux phénomènes, nous disposons d'un mot

se résoudre. C'est ainsi que Farrington, dans sa « *Clinical Materia medica* », au chapitre « Opium », pose de façon à y répondre négativement la question suivante : « Et maintenant, est-il rationnel de vouloir calmer les douleurs avec une substance qui paralyse et calme de façon non à *juguler la maladie, mais supprimer l'aptitude à ressentir, la conscience de la douleur* ? »

Dans notre *Formulaire de Thérapeutique positive*, nous avons répondu à cette question : « Quoi qu'en pense l'illustre médecin américain, il est des cas précis, tels que les phlegmasies des séreuses (méningite, rhumatisme) où la suppression subjective de l'élément douleur est comme le commencement de la guérison.

Le malade a le temps de se ressaisir, alors qu'il ne tarderait pas à succomber à l'épuisement nerveux ; et conséquemment il nous paraît difficile d'abonder dans le sens de Farrington. A ce point de vue, les injections hypodermiques de sels de morphine dont on a fait, en allopathie, un cruel abus, ne sont plus seulement palliatives, mais deviennent un agent curatif réel, devant lequel, sous prétexte de susceptibilités théoriques, il serait peut-être imprudent de reculer, alors que souvent le salut réside dans le choix du moindre de deux maux. » (G. Sieffert : *Formulaire thérapeutique positive*, page 285).

convenable, « l'idiosyncrasie », qui cependant n'explique rien, et nous sommes forcés d'admettre, en pareil cas, ou bien que l'organe malade a subi une notable diminution dans sa faculté de résistance à l'excitation du médicament, ou bien que la dose choisie a été trop forte, et a déterminé dans l'organe des changements situés à la périphérie du champ d'action de la substance médicamenteuse.

C'est précisément dans ces conditions qu'une part importante revient à l'individualité de l'organe et de l'organisme, pour la production des effets qui résultent de la corrélation réciproque entre médicament et organe. De même, lorsque les effets dits secondaires se montrent souvent et dans des cas différents, ce fait nous indique que, pour prévenir la possibilité de leur apparition, il faut, d'ores et déjà, limiter la dose médicamenteuse. C'est ainsi que l'individualité de l'organe et de l'organisme nous trace la limite supérieure que, sous peine de suites fâcheuses, il est dangereux de franchir.

L'idéal de l'effort thérapeutique consiste à relever assez l'organe malade pour qu'il puisse, par lui-même, acquérir la force nécessaire à l'accomplissement entravé de sa tâche physiologique. Nous avons dit, plus haut, que lorsque l'altération anatomique était trop profonde ou trop étendue, le but à poursuivre par la thérapeutique se bornait à éviter un plus grand affaiblissement de l'organisme. De même en va-t-il quand l'activité vitale est à ce point déprimée, qu'elle n'est plus en état de répondre à l'excitation médicamenteuse. Voilà donc encore deux limites que nous impose l'organisme. Il est, par conséquent, essentiel, pour la guérison que cette activité vitale subsiste à un certain degré.

Mieux encore ressort, des considérations suivantes, la

nécessité d'une coopération entre médicament et organe.

Il est indéniable qu'un organe chroniquement atteint est moins capable de répondre à l'action médicamenteuse, qu'un organe en état de maladie aiguë. Dans ce dernier cas, malgré le cortège parfois tumultueux des symptômes, il n'est pas difficile de réveiller l'aptitude à la réaction, et, contrairement à ce qui se passe, d'habitude, dans la pratique allopathique courante, on réussira bien mieux qu'avec des doses massives — et par conséquent capables d'entraîner des effets secondaires — avec des médicaments d'activité moyenne employés à doses moyennes et, de préférence encore avec des petites doses d'un médicament que nous savons être spécialement un excitant de l'organe malade. Plus grande est la spécificité du médicament, et plus petite devra être la dose, si l'on ne veut pas aller au-delà de la limite rationnelle. Et ceci nous explique comment, avec l'emploi de doses réputées inactives, on arrive quand même à des résultats favorables. Il appartient au médecin, par la sûreté de son diagnostic et sa connaissance approfondie de la matière médicale, d'agir en conséquence.

Examinons, à présent, le cas d'une maladie chronique. Un organe chroniquement affecté a souffert dans toutes ses parties, quoiqu'avec une intensité variable dans les unes ou les autres. Et ce qui est vrai pour l'organe isolé s'étend à l'organisme tout entier, surtout lorsqu'il s'agit d'un organe important. La force de résistance aux influences extérieures, par conséquent aussi au médicament est absolument déprimée. Sous peine de parachever la dépression, il n'est plus possible de recourir aux excitations énergiques et il nous faut agir avec prudence, c'est-à-dire employer des médicaments à action moins intense, non à dose ordinaire, mais à dose notablement atténuée.

Et même dans ces cas, l'action médicamenteuse est déterminée et astreinte à de rigoureuses limites. Nous nous expliquons.

Lorsqu'on traite un organe chroniquement affecté, au moyen d'un médicament apte à influencer spécialement l'une ou l'autre partie constitutive de cet organe, les vaisseaux par exemple, la thérapeutique peut échouer, quoique l'organe affecté se soit trouvé dans les conditions nécessaires et suffisantes, qui ont indiqué le choix judicieux du médicament approprié. Deux causes peuvent entraîner cet échec.

Première cause : De prime abord, la dose a été trop forte et l'on a provoqué sur l'organe malade, (le muscle vasculaire, dans notre exemple), une irritation qui n'est plus excitante, mais déprimante. Et ici, il n'y a rien à attendre de la médication, puisque, nous l'avons déjà dit, la guérison, de quelque façon qu'elle se produise, n'est possible qu'autant que l'organe ou l'organisme malade reconquiert son équilibre physiologique. Nous ne pouvons pas faire davantage, et il serait erroné d'espérer un résultat favorable de l'application erronée d'un médicament originairement bien approprié. Ceci nous rappelle le pavé de l'ours ; et heureusement la prompte apparition de symptômes fâcheux empêche de persévérer dans l'erreur commise.

Deuxième cause : La dose médicamenteuse a pu être exacte, mais le traitement a été insuffisamment surveillé ou trop longtemps prolongé. Il est possible de fatiguer un organe, en renouvelant trop souvent une excitation qui, par elle-même, était indiquée. A cet égard, l'exemple le plus frappant nous est fourni par les muqueuses. Lorsqu'elles sont atteintes d'un catarrhe chronique, et que

l'on emploie, pour la guérison, un médicament déterminé, nous voyons, au cas où la faute aurait été commise, la maladie réapparaître, après une amélioration passagère. On a tiré, de ce fait, la conclusion fausse que le médicament n'a pas agi, et on impute l'échec au médicament. Que si l'on s'adresse à un autre médicament ayant une action analogue, la guérison ne survient pas davantage, pour peu que l'on ait persisté dans les premiers errements. Avec le temps, le médicament appliqué est devenu un excitant mal approprié. Rien d'étonnant donc, si la maladie est restée à la fin ce qu'elle était au début.

La forme extérieure de la réaction de chaque tissu et de chaque organe en face de l'excitation médicamenteuse est, elle aussi, circonscrite dans de certaines limites. La constitution histologique et le rôle physiologique déterminent les manifestations vitales des organes et des tissus, aussi bien à l'état de santé qu'à l'état de maladie. L'insuffisante prise en considération par le médecin de ces rapports, réciproquement et en eux-mêmes très simples, pousse souvent le malade à appeler les empiriques au secours. Et les résultats favorables que ces derniers obtiennent parfois, prouvent, tout simplement, que l'organe, longtemps tourmenté, à enfin trouvé son salut dans le repos, par l'application de remèdes indifférents. Charlatanisme et toutes autres manœuvres frappant les esprits crédules font le reste.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans rendre un nouvel hommage à la science du professeur Schulz, et nous résumerons sa doctrine par cette loi :

« Pour que le médicament agisse conformément à la loi de similitude, il faut le choisir d'après son action spécifique sur

l'organe atteint, telle que cette action nous est révélée par sa pathogénésie, et l'appliquer à une dose à la fois proportionnée à cette action et à l'état du malade;

L'action des doses infinitésimales atteint sa limite supérieure au point précis où l'atténuation ne peut plus que déterminer une interversion de la disposition des atomes dans la molécule.

(A suivre).

D^r G. SIEFFERT.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

FIÈVRE TYPHOÏDE ; HÉMORRAGIES INTESTINALES TRÈS GRAVES.

INJECTIONS DE SÉRUM. GUÉRISON.

La nommée X..., âgée de 37 ans, entrée le 23 janvier 1903, petite salle, lit n° 6.

La fièvre débute le 6 janvier ; la malade se soigne chez elle ; on diagnostique une *fièvre typhoïde*.

Le 18 janvier, treizième jour de la maladie, la malade a une hémorrhagie intestinale très abondante. On lui fait immédiatement une injection d'un litre de sérum.

La malade n'a pas eu d'autre hémorrhagie. Elle entre à l'hôpital Saint-Jacques le 23 janvier, le dix-huitième jour de la maladie. Elle est dans un état de faiblesse extrême ; elle a le visage pâle, de la dyspnée, des sueurs abondantes, la parole est faible ; le pouls est petit et fréquent ; la température est de 39°8. Dans le courant de la journée et de la nuit, la malade a tendance à avoir des

syncopes, pour lesquelles on lui fait une injection de caféine. On lui fait ce jour une injection d'un litre de sérum.

Le 24, le pouls est un peu meilleur ; la température reste matin et soir à 39°8. On lui fait une injection de 250 grammes de sérum.

Le 25. On lui fait une injection de 250 grammes de sérum et on continue de même le 26 et le 27.

Sous l'action du sérum, la tendance aux syncopes disparaît dès les premiers jours ; les sueurs sont moins abondantes ; la dyspnée, qui a toujours été assez légère, disparaît ; le pouls devient plus fort et bien moins fréquent.

La température baisse et tombe à 37°2 le 29 janvier, vingt-quatrième jour de la maladie.

A partir de ce jour la température ne dépasse plus 38°6 et l'apyrexie s'établit à partir du 4 février, trentième jour de la maladie.

A partir de ce moment la convalescence suit une marche normale ; la température baisse doucement et bientôt se maintient entre 36° et 37°. Les forces reviennent graduellement ; la malade mange et se lève, sans être nullement incommodée.

Réflexions. — Cette malade est arrivée mourante à l'hôpital Saint-Jacques. La plus grande partie de sa maladie s'est passée chez elle ; aussi ne parlerons-nous de ce cas que pour faire ressortir l'efficacité rapide des injections massives du sérum artificiel, pratiquées à très fortes doses en injections sous cutanées.

La première injection pratiquée chez cette malade fut énorme, un litre de sérum, mais l'hémorrhagie fut arrêtée

du coup et la terminaison fatale qui avait été prédite par le médecin traitant fut ainsi éloignée.

Quoique l'hémorrhagie ne se soit plus reproduite, l'épuisement était tel que la malade était dans un état de lipothymie presque constant ; les injections de caféine en donnant plus de force au cœur, ont certainement contribué à combattre cet état, mais ce sont surtout les injections quotidiennes de 500 grammes de sérum qui ont permis à la malade de se rétablir.

Nous ne saurions trop insister sur l'efficacité et la promptitude d'action des grandes injections de sérum artificiel dans le traitement des hémorrhagies quelle que soit leur origine, et je me rappelle encore une femme dans la force de l'âge, qui occupait le n° 12 de la grande salle ; cette femme atteinte d'un carcinome de l'utérus, avait des hémorrhagies considérables ; un matin, je la trouvai sans pouls, presque mourante, une injection d'un litre de sérum fut immédiatement pratiquée.

Non seulement la malade reprit rapidement des forces, mais l'hémorrhagie fut arrêtée pour longtemps et, un mois après la malade quittait l'hôpital se croyant guérie.

FIÈVRE TYPHOÏDE BÉNIGNE.

La nommée X..., âgée de 17 ans, entre à l'hôpital Saint-Jacques le 27 janvier, le quatrième jour de la maladie. Elle est souffrante depuis le 24 janvier et, depuis ce temps, se plaint de céphalalgie, d'anorexie et de malaise général.

A son entrée, la malade est dans un grand état de prostration ; elle est somnolente et répond lentement aux questions qu'on lui pose.

Elle a 39° 6 de température.

Le pouls est bon et un peu fréquent.

La langue est pâteuse et sèche.

Diarrhée très abondante.

La malade n'a pas eu d'épistaxis ; elle se plaint de céphalalgie et de douleurs vagues, dont elle ne peut préciser le siège.

L'examen du ventre donne les résultats suivants :

Le ventre est souple et nullement ballonné : la palpation n'en est pas douloureuse. Pas de gargouillement.

On ne trouve pas de taches rosées.

Examen des organes :

Poumons : rien.

Cœur : rien.

Foie : normal.

Rate : un peu grosse.

Urines : pas d'albumine.

Pendant la nuit, la malade a un délire assez intense : son sommeil est peuplé de rêves et elle se réveille en proie à une grande peur ; elle pousse des cris et cherche à se lever et à se sauver.

Cinquième jour. — Le 28, le délire continue, mais c'est un délire plus calme ; la malade est toujours sous le coup de la peur et redoute la nuit.

On trouve une tache rosée. Diarrhée abondante.

T. le matin : 38.6.

On donne : Muriati acidum (3°) III gouttes, et la nuit Belladone (3°) III gouttes.

Le soir : T. 40°.

Nuit très agitée. Délire assez intense.

Sixième jour. — Le 29. La diarrhée persiste aussi abondante. Les taches rosées sont plus nombreuses,

confluentes et occupent surtout la partie supérieure gauche de l'abdomen. Même délire. Même traitement.

T. matin : 38°5.

T. soir : 39°4.

Septième jour. — 30. Etat toujours agité. Pas de modification dans l'état général taches plus nombreuses, occupant la partie supérieure droite de l'abdomen. La palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse et laisse percevoir un peu de gargouillement.

On donne Muriati acidum (3°) III gouttes et la nuit Hyosciamus (3°) III gouttes.

T. matin : 38°6. T. soir : 39°5.

Huitième jour. — 31. La température tombe le matin à 37° et, malgré cela, on constate, chez la malade, pendant deux jours, le signe de Kernick.

La malade est très agitée, le délire est toujours aussi intense. Pas de changement du côté des autres symptômes. Le pouls est bon.

Même traitement.

T. le soir : 38°8.

Neuvième jour. — 1^{er} février. Après une nuit un peu plus calme, le matin la température est de 37°8. Les taches rosées commencent à s'effacer. La diarrhée est moins abondante.

On donne :

Hyosciamus (T. M.) X gouttes.

Dans l'après-midi, la malade rend par l'anus environ 2 cuillerées à bouche de sang. Le pouls restant normal et la température étant de 37°8, on ne fait aucune intervention.

La nuit est assez calme.

Dixième jour. — 2 février. Les symptômes vont en s'amé-

liorant. Le délire a fait place a un certain état de prostration. La malade est constipée.

On donne : Phosphori acidum (3°) V gouttes, et la nuit Hyosciamus (4) II gouttes.

T. matin : 37°2.

T. soir : 38°.

Onzième jour. — 3. La malade a été à la selle avec un lavement ; selle normale sans trace de sang. La prostration est à peu près disparue.

Même traitement.

T. matin ; 36°6.

T. soir : 37°4.

Douzième jour. -- 4. Amélioration continue.

On donne : China (6°) II gouttes.

T. matin : 36°6.

T. soir : 36°6.

Treizième jour. — 5. La malade est bien. On commence à lui donner des potages gras.

Même traitement.

T. matin : 36°4.

T. soir : 36°6.

6-7. — La température oscille entre 36 et 37°. La malade se trouve bien, a faim. On lui donne : 3 potages gras et un œuf.

Même traitement.

8-9-10-11-12. — L'apyrexie se maintient ; la convalescence se continue normalement ; la malade accuse cependant encore une sensation douloureuse dans tout le ventre.

Traitement. 9. Nux vomica (6°) II gouttes.

10. Belladone (T. M.) III gouttes.

11 et 12. Colocynthis (T. M.) III gouttes.

13. Ignatia (6°) II gouttes.

Vingt et unième jour. — 13. La température qui, le matin était de 36°8, monte brusquement le soir à 40. Les douleurs dans le ventre sont plus vives ; la diarrhée apparaît de nouveau. Pas de taches rosées.

14. T. matin 38°8, soir 40°.

On donne *Hyosciamus niger* (T. M.) X gouttes.

La malade est peu abattue ; mêmes symptômes que la veille.

15. T. matin 37°3, soir 38°.

On donne *Colocynthis* (3°) II gouttes *Belladone* (3°) II gouttes.

16. T. matin 36°4, soir 37°7.

17. T. matin 36°5, soir 37°8.

Même traitement. Diarrhée cesse.

18. T. matin 36°7, soir 37°5.

On donne *Phosphori acidum* (3°) III gouttes.

19. T. matin 36°5, soir 38°8. Même traitement.

20. Le huitième jour depuis la rechute, la malade se trouve mieux ; la défervescence se produit. On donne :

Arsenicum (3°) III gouttes et on continue le traitement jusqu'au 1^{er} mars.

T. matin 37°9, soir 38°4.

21. T. matin 37°4, soir 37°7.

22. T. matin 37°1, soir 37°3.

23. T. matin 36°4, soir 37°3.

24. T. matin 36°4, soir 37°.

25. T. matin 36°5, soir 37°3.

26. T. matin 36°7, soir 37°4.

3 mars. L'apyrexie se maintient : la convalescence suit son cours normal.

Réflexions. — Nous avons fait de cette fièvre typhoïde

une forme bénigne à cause de sa terminaison dès le onzième jour. Cependant le premier septénaire présentait le tableau d'une maladie grave : délire intense de jour et de nuit, diarrhée abondante renouvelée 12 et 13 fois en vingt-quatre heures.

Le vingt et unième jour, après neuf jours d'apyrexie, la malade a eu sans cause une rechute caractérisée par un mouvement fébrile qui a atteint 40° pendant trois jours. Le même retour fébrile s'est encore montré le vingt-septième jour mais d'une manière moins intense. Nous croyons devoir regarder ces retours fébriles comme un rudiment de ces rechutes qui, depuis une vingtaine d'années, sont devenues fréquentes dans la fièvre typhoïde.

Nous ne nous arrêtons point sur le diagnostic qui n'a présenté aucune difficulté grâce à la présence des taches lenticulaires.

La teinture de jusquiame semble avoir agi favorablement sur le délire, mais, en général, il ne faut pas conclure trop rigoureusement des actions médicamenteuses dans ces formes irrégulières. Quel triomphe pour le collargol si on l'avait administré à la fin du premier septénaire. Soyons donc très réservé dans le jugement que nous portons sur les actions médicamenteuses.

Un symptôme qui nous a assez embarrassé est la persistance des douleurs de ventre alors que le mouvement fébrile et la diarrhée avaient disparu depuis très longtemps.

Colocynthis, nuxvomica, et belladone ont paru sans effet. Arsenic 3^e semble avoir amélioré cet état.

Le signe de Kernick s'est manifesté pendant les symptômes cérébraux.

NÉPHRITE PARENCHYMEUSE AIGUE CHEZ UN ARTÉRIO-SCLÉREUX.

Cantharis, Arsenic, Ipéca, Bryone.

X..., 49 ans, entré le 23 décembre 1902, petite salle, lit n° 4 ; mécanicien, antécédents héréditaires nuls.

Pas d'alcoolisme. Pas de maladies graves.

Le 2 décembre, en sortant de l'atelier, s'est senti saisi par le froid, toussé pendant quelques jours.

Le 18 décembre constate de l'œdème, rentre à l'hôpital le 23.

Face pâle, œdème des jambes, légère ascite. Oppression constante augmente par le moindre effort, surtout par la position horizontale, urines très rares, renfermant 5 gr. d'albumine.

A l'auscultation du cœur on ne perçoit rien d'anormal. A l'auscultation des poumons on constate de l'emphysème.

Dès l'entrée du malade on donne digitaline (3^e déc.) XX gouttes. Régime lacté absolu. Durant les jours qui suivent son entrée le malade est très oppressé, surtout le soir. Vers 8 heures il a des crises de dyspnée intense que calment parfois des injections de caféine.

Le 24 décembre on donne glonoïne (1^{re}) X gouttes le soir et cantharis (6^e).

Les urines n'augmentent point ; oppression considérable, on prescrit la lactose et on continue glonoïne (1^{re}) cantharis (1^{re}) X gouttes.

Le 28, pas d'amélioration dans l'oppression et l'œdème, mais l'albumine a diminué. De 5 grammes elle est tombée à 1 gramme. On continue le traitement.

Le 29 on revient à digitaline XXX gouttes en continuant la lactose. 1 l. 100 d'urine.

Le 4 janvier, sous l'influence de digitaline, les urines

ont augmenté, mais l'oppression est considérable, le malade est obligé de passer la nuit sur son fauteuil.

L'Ipéca (1^{re} trit. déc.) et l'apium virus (3^e déc.) ne changent rien.

Le 6-7 janvier, on reprend digitaline XXX gouttes.

Le 8, cratægus (T. M.) XV gouttes. L'urine qui était arrivée à 4.300 retombe à 900 grammes, et même 800 gr.

Le 10, on revient à digitaline XXX gouttes, les urines remontent à 1 l. 500.

Malgré la continuation de digitaline les urines retombent à 900.

On donne le 15-16, théobromine 1 gr. 50. Le malade se plaint de ce médicament qui fait monter les urines à 1.400.

Le 17, considérant la persistance et l'intensité de la dyspnée, les signes d'emphysème, nous revenons franchement à l'arsenic, qu'il prend jusqu'au 1^{er} février à la 1^{re} dilution, d'abord à V gouttes, puis progressivement jusqu'à XV gouttes.

Pour la nuit il prenait quelquefois glonoïne, pulsatile, hyosciamus.

Sous l'influence de ce traitement combiné, les urines sont arrivées dès le troisième jour du traitement par l'arsenic, à 2 litres.

Le 2 février, l'amélioration générale est incontestable. Un peu d'œdème des jambes, un petit nuage d'albumine. Le seul symptôme qui persiste intense, c'est la toux et l'oppression nocturne. Guidés par l'existence de râles sous crépitants à la base des deux poumons nous avons prescrit Ipéca et bryone alternés (0,20 de la 1^{re} trit. déc.).

Depuis ce traitement le malade va mieux et parle de s'en retourner.

Le 13 février. Les râles ont complètement disparu.

Le tracé sphygmographique a donné une courbe se rapprochant de celle de l'aortite.

Réflexions. — Quand ce malade est entré dans nos salles, l'intensité de la dyspnée qui l'empêchait de rester couché, l'anasarque déjà considérable, les battements tumultueux du cœur, ayant le rythme du bruit de galop, la petite quantité des urines nous fit immédiatement penser à une affection du rein. L'examen des urines permit de constater une albumine très abondante atteignant 5 grammes par litre.

La *Cantharide*, administrée à la 1^{re} dilution amena une diminution très rapide de l'albumine, qui bientôt n'exista plus qu'à l'état de traces impondérables. Cependant la dyspnée persistait moins violente, il est vrai, encore assez forte cependant pour empêcher le malade de garder le lit. L'œdème n'avait pas diminué, et les urines restaient rares.

La persistance de la dyspnée et de l'hydropisie s'expliquait par l'état pathologique qui avait précédé la néphrite et persistait encore.

Cet homme, manifestement arthritique, artério-scléreux présentait les signes d'une aortite chronique encore peu développée mais par contre d'un emphysème extrêmement prononcé.

L'*Arsenic*, à la 1^{re} dilution, produise un effet très salulaire et assez prompt : les urines devinrent abondantes et dépassèrent bientôt un litre, en même temps que la dyspnée diminuait.

Je tiens à faire remarquer que la *digitaline* prescrite avec insistance et à dose de XXX à XL gouttes par jour

était restée très insuffisante. Et cependant ce cas présentait deux des signes de l'indication de ce médicament : l'oligurie et l'anasarque. Il faut donc constater une fois de plus qu'il n'existe pas de diurétique, et que le médicament qui augmente la quantité des urines est celui qui modifie heureusement la maladie, cause de l'oligurie. Ici ce fut l'*Arsenic*, parce que le médicament était indiqué par l'emphysème et le catarrhe bronchique. Une autre fois ce sera le *Calomel*, ou la *Bryone*, ou la *Cantharide* ou tout autre médicament. C'est donc une erreur de vouloir conserver une classe de médicaments, appelés diurétiques.

L'anasarque avait presque disparu, les urines étaient abondantes et ne contenaient que des traces d'albumine. Cependant le malade toussait toujours, particulièrement la nuit ce qui l'empêchait de dormir. La *Pulsatille* ne donna aucun résultat, mais comme le malade présentait à l'auscultation, indépendamment des signes de l'emphysème, un certain nombre de râles sous-crépitaux, je prescrivis *Ipec* et *Bryone*, 3^e dilution, et ces deux médicaments achevèrent la guérison.

D^r P. JOUSSET.

ETIOLOGIE

LA TUBERCULOSE PAR INGESTION.

Cette question a été traitée à la société de médecine berlinoise, et incidemment est venue la discussion de l'opinion de M. Koch sur la non identité de la tuberculose

humaine et de la tuberculose bovine. Nous avons dit dans notre travail sur la tuberculose que si la transmission du bacille de Koch par ingestion était indiscutable, elle était au moins fort difficile, qu'elle n'avait jamais été démontrée dans l'espèce humaine et qu'elle restait un simple procédé de laboratoire.

En effet, si on allaite de jeunes animaux avec du lait provenant d'une mamelle profondément tuberculeuse, ou si on ingurgite dans l'estomac d'animaux de laboratoire des viscères atteints d'une tuberculose avancée, on développe fatalement cette maladie chez les animaux en expérience.

Nous avons établi d'autre part que s'il était facile de communiquer la tuberculose aux cobayes à l'aide d'injections sous cutanées de lait, de beurre ou de fromage provenant de vaches tuberculeuses, il n'existait pas un seul fait authentique, y compris le chat de M. Nocard, et les élèves du pensionnat de Chartres, démontrant la possibilité de la transmission de la tuberculose en dehors des procédés du laboratoire. M. Von Hausemann croit la transmission de la tuberculose par ingestion assez fréquente et cette croyance du savant médecin repose sur ce seul fait qu'il existe des tuberculoses localisées dans le tube digestif.

Nous n'appelons pas cela une démonstration. M. Von Hausemann néglige un élément important du problème ; c'est que le siège initial de la tuberculose varie avec les espèces animales et même avec l'âge des animaux dans chaque espèce.

Si on injecte sous la peau d'un cobaye et sous celle d'un lapin, dans la région de l'aîne, une certaine quantité de culture pure du bacille de Koch, la porte d'entrée a été

la même, la culture est semblable ; cependant, chez le cobaye les ganglions lymphatiques d'abord de la région de l'aîne, puis la rate et le foie vont être envahis et le poumon ne deviendra malade que tout fait à la fin de l'expérience.

Chez le lapin, la localisation est bien différente ; le bacille de Koch ira tout d'abord se localiser sur le poumon.

En sorte que, si ces faits étaient moins connus, et qu'on présentât le cobaye et le lapin à M. Von Hausemann, il conclurait que le premier a été infecté par l'ingestion et le second par la respiration.

Chez l'homme, la localisation de la tuberculose est différente dans l'enfance et dans l'âge adulte. Dans l'âge adulte c'est la tuberculose pulmonaire, dans l'enfance ce sont les tuberculoses dites externes, celles de la peau, des ganglions. Dans la seconde enfance ce sont surtout les os et les jointures. De 3 à 7 ans, ce sont plutôt l'intestin et les méninges.

Telle est la règle non absolue de la localisation de la tuberculose dans l'espèce humaine. Si l'ingestion des matières tuberculeuses était une cause si fréquente de la tuberculose intestinale, on la retrouverait, cette transmission, chez ces enfants en bas âge qui déglutissent constamment leurs crachats ; et cependant sur 40 enfants observés par le D^r Von Hausemann, et déglutissant des crachats tuberculeux, 16 seulement ont offert une tuberculose intestinale et 24 sont restés indemnes, quoi qu'ils avalassent chaque jour des masses de bacilles.

Quant à l'identité ou la différence de nature de la tuberculose bovine et de la tuberculose humaine, l'opinion de Koch n'a été franchement soutenue que par M. Schutz. Il a cité les expériences suivantes : Quatre veaux ont pendant deux cent trente jours ingéré 100 grammes par

jour d'expectoration humaine bacillaire et 2 autres durant deux cents jours, 1 gramme de culture virulente de bacille de Koch et ces 6 animaux sont restés en bonne santé. Au contraire, des veaux ayant pris journellement 2 litres de lait fourni par des vaches dont les pis étaient tuberculeux, ont eu de la tuberculose de l'intestin et des ganglions mésentériques. (*Semaine médicale* février 1903.)

D^r P. JOUSSET.

HÉRÉDITÉ DE LA TUBERCULOSE

La Tribune Médicale (n^o 8, 1903) publie un travail de M. Reiche, d'où il résulterait que sur 3.022 tuberculeux, l'hérédité n'existerait que chez 33, 3 0/0.

L'hérédité paternelle seule était notée dans 55 0/0 des cas ; l'hérédité maternelle seule dans 35 0/0 des cas ; l'hérédité du père et de la mère dans 12 0/0 des cas.

D'un autre côté l'examen de 2.450 malades non tuberculeux a montré l'existence d'une hérédité tuberculeuse dans 16 0/0 des cas.

M. Reiche a examiné ensuite cette question de savoir si les malades atteints de tuberculose héréditaire étaient dans une condition particulièrement plus défavorable que ceux qui n'avaient point cette hérédité. Ses recherches ne lui permettent point de conclure que l'hérédité produit une condition défavorable pour les tuberculeux.

Des statistiques très analogues existent dans tous les traités classiques de la tuberculose et elles ne prouvent absolument rien, parce qu'on se borne à rechercher l'hérédité de la phthisie et qu'il faudrait tenir compte dans la question d'hérédité de l'existence chez les ascendants des

tuberculeuses les plus bénignes, et, par conséquent, dont il est presque impossible d'établir l'existence.

Les ascendants ne peuvent être considérés comme indemnes que dans les cas où ils n'auront présenté dans leur enfance ni ganglions engorgés ni impetigo habituel, ni scrofulide de la peau, ni aucune de ces affections latentes et bénignes qu'on comprenait autrefois sous le nom de lymphatisme. Tous les malades atteints de scrofule bénigne sont porteurs du bacille de Koch et doivent être considérés, au point de vue de l'hérédité, comme aussi tuberculeux que les phthisiques les plus avérés.

Aucun travail sur l'hérédité de la tuberculose n'a encore été fait dans ces conditions. J'ajoute que ce travail est presque impossible à faire.

L'extrême fréquence, pour ne pas dire la constance, de la présence du bacille de Koch chez les enfants, ôte beaucoup d'importance à cette question de l'hérédité. Sur 2.506 enfants de 7 à 9 ans, Voiland a trouvé 96 0/0 le bacille de Koch dans les ganglions lymphatiques. Legroux dit que tous les enfants de 10 à 20 mois présentent de semblables engorgements. Et Panuzzi, chez des sujets sains en apparence, a trouvé dans des ganglions normaux des bacilles de Koch inoculables. (*De la tuberculose*, page 118.)

Si tous les enfants, même dès l'âge d'un an, présentent le bacille de Koch dans leur ganglions, comment songer à faire une statistique sur le pourcentage de l'hérédité d'une maladie qui se retrouve chez tous les enfants.

Nous sommes tous enfants et pères de tuberculeux, et aussi tous tuberculeux. Fort heureusement, chez la plupart des hommes, le bacille de Koch reste à l'état latent; il ne se développe que chez les prédisposés héréditaire-

ment ou chez ceux qui, grâce à une hygiène détestable, à l'alcoolisme principalement, ou à une maladie intercurrente comme le diabète, deviennent un terrain de bonne culture. Dans ce cas, le microbe, jusque-là à l'état latent, évolue et, suivant la disposition du malade, aboutit à une affection tuberculeuse déterminée.

D. P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE ET SANATORIUM

Sous forme d'une lettre au docteur Janicot le professeur Grancher expose ses idées sur la tuberculose et les sanatoriums. Cette lettre est reproduite dans le numéro du *Bulletin médical* du 7 mars.

Un travail du professeur Grancher sur un semblable sujet ne peut passer inaperçu. Son auteur est un trop grand clinicien pour qu'on puisse passer sous silence ses opinions sur une maladie, qu'il a autant étudié que la phtisie pulmonaire.

Dans cet article, le professeur Grancher traite successivement de la curabilité de la phtisie, du diagnostic précoce de cette maladie, de différents moyens préconisés dans la lutte contre la tuberculose et en particulier des sanatoriums.

I. DE LA CURABILITÉ DE LA PHTISIE. — La croyance à la curabilité de la phtisie est une opinion moderne ; ajoutons qu'elle est vraie. Je dirai que c'est peut-être exagérer

que de dire, comme M. Grancher : « que la tuberculose est de toutes les maladies chroniques la plus curable » (p. 214).

L'opinion nouvelle de la curabilité de la phtisie est venue d'une part de nombreuses constatations de lésions tuberculeuses du poumon arrivées à guérison, mais elle est due surtout au changement qui s'est fait dans la thérapeutique de la tuberculose, au traitement de cette maladie par les moyens hygiéniques, et aux nombreuses guérisons ainsi obtenues.

A ce propos, le professeur Grancher pose en principe que la guérison de la phtisie est subordonnée à trois choses : le diagnostic précoce, le petit nombre de bacilles de Koch introduits dans l'économie, et enfin leur moindre virulence.

Nous nous permettrons de faire quelques réflexions et même quelques critiques sur ces trois conditions de la curabilité de la phtisie.

1^o DIAGNOSTIC PRÉCOCE. — Nous acceptons la grande utilité du diagnostic précoce dans toutes les maladies : *principis obsta*. Mais nous croyons que la proposition de M. Grancher a besoin d'un commentaire. Auparavant nous voulons louer sous réserve le signe qu'il donne pour le diagnostic précoce. « Au lieu, dit-il, d'ausculter et de chercher à définir tous les bruits que l'oreille peut saisir : on s'attachera à ausculter uniquement, exclusivement l'inspiration et à comparer sous les deux clavicules et aux fosses sus-épineuses les deux inspirations droite et gauche, en faisant abstraction de tout le reste. Ces deux inspirations doivent donner exactement les mêmes sensations d'ampleur, de douceur, de moelleux du murmure vésiculaire. S'il y a une différence sensible, si d'un côté le

murmure est plus faible, ou plus rude, ou saccadé, il y a lésion en ce point. » (page 216).

Encore une fois nous n'avons pas l'intention de nier l'utilité d'un diagnostic précoce, mais nous remarquerons au point de vue clinique que les chances de guérison pour le malade tiennent bien moins à la précocité du diagnostic, qu'à la *forme* de la phtisie.

Malheureusement le professeur Grancher et la plupart des médecins, sont restés inconsciemment impressionnés par les doctrines organiciennes ; ils distinguent encore dans la phtisie un premier, un second et un troisième degrés, caractérisé par le degré d'évolution de la lésion. Cette opinion constitue en clinique une erreur absolue et propre à égarer le pronostic.

Il y a des phtisiques, porteurs de vastes cavernes, dont la maladie évolue si lentement qu'ils peuvent devenir septuagénaires et mener à peu près la vie de tout le monde. Ces malades non seulement peuvent vivre dans un état de santé relative malgré leur grosse lésion, mais ils peuvent guérir et il n'y a point de médecin qui ne puisse citer des exemples de cette forme de la phtisie.

Seulement ces phtisiques n'ont pas de fièvre.

A côté des malades dont je viens de parler, nous observons tous les jours une autre catégorie de tuberculeux, qui présentent une lésion très restreinte, et qui, quoiqu'on fasse, marchent rapidement à la mort.

Ces tuberculeux ont la fièvre.

C'est donc la forme de la maladie qui décide du pronostic. Il y a longtemps que les cliniciens ont décrit les formes aiguës, les formes rapides, les formes communes et enfin les formes chroniques, avec toutes leurs variétés.

2^e QUANTITÉ DE BACILLES. — Le professeur Grancher

attribue une importance exagérée à la quantité du microbe au point de vue du pronostic. Nous n'ignorons pas que la quantité du microbe est importante, témoin l'immunité des moutons d'Afrique vis-à-vis du charbon, immunité qui peut-être vaincue par un excès de microbes.

Mais nous savons aussi que dans les maladies à longue durée le microbe pathogène se multiplie en raison de la disposition du malade : si le bouillon de culture est favorable, il proliférera rapidement ; s'il est défavorable, il végétera et restera réduit à une petite quantité. Ici encore, c'est la disposition individuelle, et non la quantité du microbe, qui est le facteur important.

3^o VIRULENCE DU FACILLE. — La virulence du microbe constitue-t-elle un élément sérieux pour le pronostic ? Le fait est presque impossible à établir chez l'homme.

Chez le cobaye, la démonstration est facile : si on injecte à un lot de cobayes une quantité proportionnelle au poids de l'animal de la même culture tuberculeuse, douée, par conséquent, de la même virulence ; de ces cobayes, les uns périront en trois semaines et les autres survivront pendant trois et quatre mois, preuve irréfutable qu'ici encore le terrain, la disposition organique, domine la question de virulence pour le pronostic.

Dans les expériences que j'ai publiées dans l'*Art médical* sur l'atténuation de la virulence du microbe de la tuberculose par le vieillissement, il m'a semblé constater que cette virulence disparaissait presque complètement vers le sixième mois. Je n'ai jamais réussi à vacciner des cobayes avec des cultures atténuées par le vieillissement. C'est, sans doute, parce que je n'ai pas employé la même technique que M. Grancher.

II. PROPHYLAXIE ET SANATORIUMS. — Quoique M. Gran-cher n'ignore pas l'action stérilisante de la lumière diffuse sur le bacille de Koch (1), il attache encore une extrême importance à la contagion par la poussière tuberculeuse. Nous le constatons à regret, il y a des erreurs difficiles à déraciner, car l'opinion, qui fait de l'inspiration des poussières tuberculeuses un mode de transmission de la phtisie, ne tient pas debout, si on veut tenir compte des expériences de Cadéac et Mallet, Santi-Sirena et Pernicz, de Celli et Guarnieri.

Les résultats obtenus en Angleterre, dans la lutte contre la tuberculose devraient cependant ouvrir les yeux : les crachoirs hygiéniques jouent un rôle bien modeste dans cette lutte. Les Anglais ont été victorieux en créant pour les ouvriers des logements aérés et ensoleillés et en préconisant tous les genres de sports.

A côté de l'action éminemment favorable des logements salubres et des exercices du corps nous plaçons, dans la prophylaxie de la tuberculose, l'abstention des liqueurs alcooliques. Je possède de nombreuses observations de tuberculoses, dues presque exclusivement à l'alcoolisme chez les malades, et, chose plus grave, à l'alcoolisme chez les ascendants. Je rappellerai encore les statistiques de M. Lancereaux, confirmant cette influence néfaste de l'alcoolisme chez les phtisiques des hôpitaux.

La statistique de la tuberculose en Bretagne établit que la mortalité par la phtisie a augmenté progressive-

(1) Mes expérimentations ont établi que la stérilisation des crachats était certaine après quarante-huit heures de lumière diffuse (*Société de biologie*).

ment et s'est maintenue en proportion directe avec l'alcoolisme.

Je crois qu'il est aujourd'hui inutile d'insister sur ce point, et nous sommes tous convaincus que la lutte contre la tuberculose comporte, en première ligne, la lutte contre l'alcoolisme.

Le professeur Grancher attache une certaine importance au surmenage et il est pour les trois 8. Nous trouvons qu'il y a là une grosse question d'organisation sociale et quant à la question hygiénique, je crois que l'homme adulte peut travailler beaucoup plus de huit heures sans être surmené, surtout s'il ne s'agit pas d'un travail de nuit.

Arrivé aux sanatoriums, M. Grancher remarque, avec un grand bon sens, que les sanatoriums pour ouvriers, tels que les ont conçus les Allemands, ne sont qu'un trompe l'œil. Des tuberculeux qu'on hospitalise en sanatorium pour quelques mois, peuvent être plus ou moins améliorés, mais ne sont jamais guéris, et, par conséquent, ces sanatoriums ne donnent pas de résultats sérieux.

M. Grancher émet l'opinion que ces millions employés à construire de vrais monuments et à y entretenir à grands frais des tuberculeux qu'on renvoie avant leur guérison, que ces millions, dis-je, seraient beaucoup mieux employés à secourir la famille du malade et en particulier à faire vivre les enfants à la campagne, ce qui serait pour eux la vraie prophylaxie.

M. Grancher n'a pas de peine à démontrer que ces sanatoriums, dont les Allemands sont si fiers, ne constituent qu'un *bluf* analogue à la lymphé de Koch, de tragique mémoire.

Le professeur Grancher cite avec éloge les dispensaires

de tuberculeux qui permettent de soigner le malade dans sa famille, ce qu'on a appelé le *sanatorium de fortune*, établis à la campagne, dans une maison ordinaire et sans frais de construction. Il désirerait que l'Assistance publique puisse disposer de pavillons où les tuberculeux jouiraient de salles parfaitement éclairées et ventilées.

De ce travail du professeur Grancher, nous voulons retenir le succès remarquable obtenu par la méthode anglaise qui, au lieu de lutter contre une contagion imaginaire, se préoccupe de mettre, par des moyens hygiéniques bien compris, l'organisme en état de lutter contre le bacille qu'il porte en lui.

Nous répéterons ici ce que nous enseignons dans tous nos livres, et ce que nous avons dit au congrès anti-tuberculeux de 1898 : le bacille n'est rien sans la disposition organique, nous portons tous ce bacille en nous, soit héréditairement dans nos ganglions lymphatiques, soit dans nos fosses nasales et dans notre arrière-gorge par notre vie au milieu du microbe et, cependant, nous ne devenons pas tous phthisiques.

Ceux qui ne deviennent point phthisiques sont ceux qui se défendent, qui détruisent le bacille dans leurs fosses nasales ou qui l'immobilisent à l'état latent dans leurs ganglions. La véritable prophylaxie consiste donc à mettre l'organisme au point où sa résistance au bacille tuberculeux est possible et à l'y maintenir. Si, à propos d'une maladie (rougeole, coqueluche, grippe, diabète), ou à propos de l'alcoolisme, son organisme déchoit, le bacille, jusqu'alors latent, se réveille et la phthisie se développe.

Dr P. JOUSSET.

SUR L'ACTION DE L'EXTRAIT DE CAPSULES SURRÉNALES.

M. le professeur Lépine vient de publier dans la *Semaine médicale* (18 février), un travail sur l'action physiologique de l'extrait de capsules surrénales et sur ses applications thérapeutiques.

I. *Effets sur l'appareil circulatoire.* — L'extrait sec de capsules surrénales injecté dans les veines d'un chien à la faible dose d'un 1/3 de milligramme par kilogramme d'animal, détermine une pression artérielle très notable qui débute moins de 3 minutes après l'injection, dure à peu près autant et est remplacée par une hypotension également transitoire.

L'extrait de capsules surrénales est donc soumis dans son action à cette loi de pharmacodynamie formulée en 1796 par Hahnemann que tout médicament administré à une dose produit successivement deux effets opposés.

Action sur le cœur. — Une faible dose augmente l'énergie du cœur en même temps qu'elle ralentit ses mouvements ; une forte dose paralyse le cœur et arrête ses mouvements. Ce phénomène répond à notre seconde loi de pharmacodynamie qui veut qu'un même médicament produise deux effets opposés suivant qu'il est administré à dose faible ou à dose forte.

L'extrait de capsules surrénales, en même temps qu'il augmente la tension artérielle, produit une contraction durable des petits vaisseaux, et cette propriété a été employée en thérapeutique comme nous allons le voir.

II. *Effets sur l'appareil respiratoire.* — L'injection intra-veineuse d'une dose moyenne modifie les mouvements respiratoires : l'inspiration est raccourcie et l'expiration

prolongée. Parfois même on observe des pauses expiratoires ; on a là comme une image d'une attaque d'asthme ; mais si la dose est très forte, les mouvements respiratoires peuvent s'arrêter et la mort survenir.

III. Effets sur divers organes. — L'extrait de glande surrénale exerce encore ces actions opposées et alternatives que nous avons signalées sur la glande salivaire qui devient pâle et anémiée dans la première période, en même temps que la sécrétion diminue, et ensuite se congestionne outre mesure ; alors la sécrétion est augmentée.

De même pour les reins et les autres glandes.

Remarquons encore que la glande surrénale détermine une glycosurie passagère.

Si l'injection d'extrait de glande surrénale est faite dans un vaisseau qui traverse le tissu musculaire et surtout le foie, son action est considérablement diminuée.

Terminons en disant qu'à haute dose les accidents toxiques et la mort peuvent survenir ; et un peu plus des 2/10 de milligrammes de cette substance par kilogramme peut tuer un chien par syncope.

Applications thérapeutiques. — La propriété des capsules surrénales de faire contracter les petits vaisseaux, désignait ce médicament comme hémostatique et a été employée avec succès dans les opérations qui se pratiquent sur les yeux et les fosses nasales. Dans ce cas le médicament est employé en badigeonnage avec une solution au 1/1000^e.

Le même médicament a été employé aussi dans les hémorragies hémorrhoidaires et dans la turgescence des tumeurs hémorroïdales.

Son action qui a une certaine analogie avec celle de la

digitale a conduit à prescrire ce médicament dans les maladies où les forces du muscle cardiaque sont défaillantes.

On a aussi prescrit les capsules surrénales dans la maladie d'Addison avec des résultats bien divers.

La clinique possède des observations d'aggravation et même d'accidents mortels et d'autres présentant une amélioration très notable de la maladie. Il n'est pas douteux que cette opposition dans le résultat doit tenir à la dose et au mode d'administration.

Guidé par la connaissance de l'adynamie profonde et de l'affaiblissement musculaire considérable qui accompagnent la maladie des capsules surrénales, nous avons administré ce médicament chez des névropathes et des chlorotiques qui présentaient au plus haut point cet affaïssement des forces animales, et plusieurs fois avec succès.

Nous avons prescrit l'adrénaline au 1/1000° (troisième trituration décimale) 25 à 50 centigrammes dans une potion à prendre en huit jours.

D^r P. JOUSSER.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

- I. L'ALCOOLISME; SES DANGERS. — II. SUR LES INJECTIONS LOCALES D'IODURE DE POTASSIUM DANS LES GOMMES SYPHILITQUES. — III. SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE, AVEC SPLÉNOMÉGALIE, ANÉMIE ET RÉACTION MYÉLOÏDE DU SANG, GUÉRIE

PAR LE TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE. — IV. PARAPLÉGIE FLASQUE GUÉRIE PAR LES INJECTIONS DE BENZOATE DE MERCURE ET L'IODURE DE POTASSIUM. — V. INTOXICATION PAR INGESTION ACCIDENTELLE DE BENZINE.

I

(Séance du 6 février). — A propos de l'affiche *l'alcoolisme, ses dangers*, qui vient d'être placardée sur les murs de Paris par les soins du préfet de la Seine et du directeur de l'Assistance publique, M. CHAUFFARD fait voter un ordre du jour, par lequel la Société médicale des hôpitaux de Paris s'associe à la campagne anti-alcoolique et félicite le préfet de la Seine et le directeur général de l'Assistance publique de la publicité qu'ils ont donnée aux conclusions du conseil de surveillance de l'Assistance publique.

II

M. BESNIER avait été mis en cause dans une séance antérieure par le Dr Danlos, qui rappelait qu'il y a plus de vingt ans il avait pratiqué le traitement des gommes syphilitiques par des injections locales d'iodure de potassium, ajoutant que M. Besnier n'avait rien publié depuis sur ce sujet, que probablement il ne lui avait pas trouvé une supériorité marquée.

M. Besnier réplique que c'est en 1882, dans les *Annales de dermatologie*, qu'il a indiqué ce mode de traitement qu'il a appliqué depuis chez les sujets absolument intolérants de l'iodure de potassium introduit par la voie digestive, c'est-à-dire dans des cas déterminés et rares; ces injections, pratiquées au centre des gommes syphilitiques lui ont parfaitement réussi.

III

En 1889, V. Jaksch décrivait, sous le nom d'anémie pseudo-leucémique infantile, une affection caractérisée par une anémie grave, avec splénomégalie et hépatomégalie, et présence dans le sang d'hématies nucléées et de leucocytes en excès.

Depuis, de nombreuses observations analogues ont été publiées et l'état cytologique du sang a été bien précisé, on a trouvé dans le sang des hématies nucléées, et une leucocytose avec myélocytose.

Ces anémies pseudo-leucémiques paraissent sous la dépendance d'états divers : septico-pyémies chroniques, tuberculose ganglionnaire, gastro entérite, rachitisme, malaria, syphilis, etc.

Le cas suivant, rapporté par MM. MARCEL LABBÉ et ARMAND DELILLE est sous la dépendance de la syphilis héréditaire.

Suzanne S., née le 14 novembre 1901, à terme ;. grossesse normale; accouchement normal; nourrie au sein

Ophtalmie purulente neuf jours après la naissance, pour laquelle elle est traitée successivement à l'hôpital Saint-Louis, puis à Lariboisière, par des solutions de nitrate d'argent ; elle a été guérie en apparence pendant huit jours, rentre pour une rechute à Laennec, service de M. Landouzy, le 19 décembre.

Conjonctivite purulente intense, avec occlusion et œdème des paupières ; enfant pâle ; selles mal digérées ; ganglions cervicaux engorgés.

Le 28 décembre, quelques petites ulcérations au niveau des commissures ; un peu de coryza, l'ophtalmie ne s'améliore pas.

Le 5 janvier, après une légère réaction fébrile, éruption maculo-papuleuse d'éléments rosés, sur les fesses, la face externe des genoux et des cuisses, ainsi que sur les jambes, les avant-bras et les bras.

Les jours suivants, les caractères de l'éruption s'accroissent, les maculo-papules prennent une teinte jambonnée et présentent la collerette de Biet caractéristique ; il s'agit incontestablement d'une roséole maculo-papuleuse hérédo-syphilitique. La mère présente d'ailleurs des syphilides pigmentaires du cou.

En même temps, se montrent des syphilides érythémateuses et desquamatives, d'aspect eczémateux, au pourtour de la bouche, des yeux, sur le front, tandis qu'aux mains et aux pieds on constate des syphilides érythémateuses exfoliatrices qui bientôt desquament en petits lambeaux épidermiques.

Le traitement par les frictions d'onguent napolitain dédoublé est institué dès le 6 janvier.

Dès le 9 janvier, l'éruption commence à s'effacer, les syphilides péri-buccales desquament. En même temps, l'ophtalmie s'est considérablement amendée et l'enfant peut ouvrir les yeux.

A partir du 11 janvier, les papules desquament et la collerette de Biet gagne leur périphérie, mais il persiste du coryza muco-sanguinolent ; l'enfant reste pâle et anémiée.

L'examen de l'abdomen a permis de constater, dès le début de l'éruption, une hypertrophie très marquée du foie, qui dépasse de quatre travers de doigt le rebord costal, et surtout de la rate, dont on perçoit, à la palpation abdominale, l'extrémité inférieure, dure et grosse, dépassant de 4 centimètres le rebord costal ; enfin, il y a de la polyurie. Adénopathie généralisée.

Le 18 janvier, l'éruption a presque complètement disparu ; il reste des macules légèrement pigmentées, entourées de la collerette de desquamation.

En même temps, l'enfant commence à reprendre du poids.

Sous l'influence du traitement antisypilitique, l'état s'est rapidement amélioré et progressivement, le coryza cesse, l'ophtalmie guérit, le poids augmente, le foie et la rate diminuent de volume.

Le 29 mars, l'enfant paraît tout à fait normale, le foie ne dépasse plus le rebord costal que de 1 centimètre ; on peut à peine sentir, par la palpation abdominale, l'extrémité antérieure de la rate, qui paraît assez dure.

Ainsi, dans le cours d'une syphilis héréditaire, s'est développée une anémie profonde et des hématies nucléées ont fait leur apparition en assez forte proportion (300 par millimètre cube). En même temps, il s'est produit une hyperleucocytose assez marquée ; la formule leucocytaire a été caractérisée par une mononucléose : au moment de la période aiguë de l'infection, il n'y avait que 8 polynucléaires sur 100 leucocytes au lieu de 40 qui est à peu près le chiffre normal à l'âge de ce nourrisson ; les polynucléaires éosinophiles se sont montrés en assez forte proportion ; enfin des myélocytes à granulations neutrophiles ont apparu au nombre de 3 p. 100.

Cette anémie avec hématies nucléées, mononucléose et myélocytes dans le sang est la caractéristique hématologique des états pseudoleucémiques. Si l'on y ajoute la tuméfaction de la rate et du foie qui existait chez la malade, on a le tableau de l'anémie pseudoleucémique infantile.

Plusieurs observations analogues ayant été publiées, il sera important lorsqu'on se trouvera en présence d'un cas

d'anémie pseudo-leucémique, de rechercher la syphilis. et d'instituer, même en l'absence de stigmates, le traitement spécifique à titre d'épreuve.

MM. BARBIER et MÉRY sont d'avis que les anémies pseudo-leucémiques des nourrissons ne peuvent pas être considérées comme une entité morbide, mais comme un syndrome survenant sous l'influence de causes diverses : syphilis, tuberculose, rachitisme, etc.

M. CHAUFFARD a publié en 1891, un cas intitulé *syphilis héréditaire à forme spléno-hépatique* qui, à part les recherches hématologiques, est tout à fait comparable à celui de M. Marcel Labbé ; l'action curative du traitement spécifique a été des plus nettes.

IV

(Séance du 13 février). — M. GALLIARD présente un malade de 34 ans pris, au mois de mars 1901, d'un affaiblissement singulier des membres inférieurs, avec fourmillements des extrémités, diminution de l'acuité visuelle et embarras de la parole.

Les accidents allèrent en s'aggravant surtout du côté de la vue : le malade, par moments, cessant de distinguer les objets qui l'entouraient ; il avait parfois de la diplopie.

Le 26 septembre 1901, pris dans la rue d'un vertige, il tomba et fut dès lors incapable de marcher.

Immobilisé au lit, souffre de douleurs vives dans la colonne lombaire ; incontinence des matières fécales et rétention d'urine.

Le 8 janvier 1902, entre dans le service du D^r Galliard.

La paraplégie était nettement caractérisée, la station debout absolument impossible ; et même, dans le lit, les

membres inférieurs n'exécutaient aucun mouvement. La paraplégie était flasque : pas de raideur, pas de contraction. Réflexes rotuliens abolis. Paralyse vésicale : la vessie était distendue par l'urine, mais le cathétérisme n'était pas indispensable. Paralyse du sphincter anal ; incontinence des matières fécales.

Pas de paralyse des membres supérieurs. Pas de tremblement. Pas de paralyse des muscles des yeux. Pas d'inégalité des pupilles. Affaiblissement de la vision, s'accroissant à certaines heures. Pas d'héméralopie.

Pas de désordre des autres sens spéciaux :

Pas d'anesthésie. Les douleurs dorsales avaient disparu. Il n'y avait pas de douleurs au niveau des membres inférieurs. Peu de crampes.

Pas de troubles trophiques, pas d'escarre.

Cette paraplégie ne pouvait pas dépendre d'un mal de Pott, ni de tumeurs de la colonne vertébrale ; aucune intoxication, aucune maladie infectieuse n'avait pu déterminer une myélite dorso-lombaire. Quant à l'hystérie, on ne trouvait aucun stigmate et la paralyse des réservoirs était plutôt contraire à cette hypothèse.

Bien que la syphilis fut niée par le malade, on se rallia à cette idée et le traitement intensif fut institué. Injections de 2 centigrammes de benzoate de mercure (46 en trois mois) et 4 grammes d'iodure de potassium par jour.

Dès les premières semaines, l'amélioration fut sensible. Les troubles du côté des sphincters disparurent, puis la marche fut possible ; il quitta l'hôpital le 2 avril, capable de faire une assez longue promenade.

Aujourd'hui, il va assez bien, on continue 2 grammes d'iodure par jour.

V

(Séance du 20 février). — M. SIMONIN a observé au Val-de-Grâce un *empoisonnement par ingestion accidentelle de benzine*; les symptômes présentés sont très différents de ceux qu'on observe chez les ouvriers qui se servent de la benzine et qui sont atteints d'empoisonnement professionnel par inhalation.

Voici l'histoire du soldat.

Le 15 janvier 1902, il va chercher dans son quart en fer blanc de la benzine pour nettoyer le col de sa capote. Son travail terminé, il sort un instant, trouve en rentrant son quart rempli de café, versé par ses camarades il l'absorbe d'un trait; le goût désagréable le ramène à la réalité; il boit une nouvelle rasade de café pour dissiper le mauvais goût.

Dans la journée, plusieurs fois nausées, sans vomissements; céphalalgie, fatigue musculaire, courbature et quelques frissons; sensation de malaise général.

Le 16 janvier (2^e jour), au matin, persistance des mêmes symptômes, picotements dans les yeux qui sont injectés; il éternue et mouche abondamment dans la journée, il est pris d'une diarrhée abondante; insomnie, agitation, toux assez fréquente.

Le 17 janvier (3^e jour), à l'état catarrhal généralisé que nous venons de relater s'ajoutent de vives démangeaisons au front, à la face, et au cou; courbature et frissons dans la soirée.

Le 18 janvier (4^e jour), à la visite médicale faite au corps, on constate une éruption assez confluyente de maculo-papules à bords déchiquetés, sur le front et la face;

le cou est le siège d'un érythème foncé généralisé. Les catarrhes persistants, le malade est renvoyé à l'hôpital du Val-de-Grâce, avec le diagnostic de rougeole : la température est de 38°5 dans l'aisselle.

Nous voyons cet homme dans la soirée ; il n'a pas l'aspect bouffi du rougeoleux : les catarrhes de la conjonctive, du nez, des bronches sont à peine esquissés ; le voile du palais est le siège d'un érythème vif, uniforme, qui rappellerait celui de la scarlatine, mais le gonflement sous-muqueux des plus modérés ne provoque aucune dysphagie. La diarrhée persiste, l'haleine du malade dégage une odeur acétonique assez prononcée ; la langue est blanche au centre, rouge sur les bords, un peu sèche ; le malade n'est pas obnubilé : pas d'enrouement.

Il se plaint de sensations prurigineuses en divers points du corps et, quand on le découvre, on constate une éruption polymorphe. Les aisselles, les plis du coude les aines, la face interne des cuisses, le fourreau de la verge, les bourses, sont le siège d'un érythème vif, très uniforme. Au thorax, l'exanthème respecte le plastron sternal : il se manifeste à la base du tronc et autour de l'ombilic sous forme de grosses taches maculeuses, à bords déchiquetés ; des éléments éruptifs analogues se voient assez discrets sur le dos des avant-bras, au niveau des poignets ; confluent sur la face postérieure du tronc, les fesses et la partie postérieure des cuisses ; rares aux mollets et sur le dos des pieds. Les plis antérieurs et postérieurs des aisselles présentent de véritables suggillations ecchymotiques linéaires, de couleur violacée.

Pas de nausées ni de vomissements ; les urines rares, foncées en couleur, mais limpides, ne renferment pas d'albumine. Le poulx, plein et régulier, bat à 80.

En raison du polymorphisme de l'éruption, de sa distribution topographique et de son caractère prurigineux, nous écartons le diagnostic de rougeole, et nous songeons à une intoxication alimentaire ou médicamenteuse ; mais le sujet, bien que vivement pressé de questions, ne se rappelle tout d'abord rien.

Le 19 janvier (5^e jour), la température atteint 39°5 le matin ; le soir elle descend à 38°1. Le malade se gratte incessamment dans les points érythémateux ; les catarrhes des premières voies s'atténuent sensiblement, tandis que l'éruption atteint son apogée. Céphalée assez vive, exagération très nette des réflexes rotuliens, pas d'autre trouble de la sensibilité. Le malade, interrogé à nouveau, se rappelle l'ingestion accidentelle de benzine ; il nous montre en versant de l'eau dans un quart la quantité approximative du liquide absorbé ; en tenant compte de la différence des densités, il semble que cette dose peut être évaluée à 15 grammes environ. Purgatif salin, diète lactée.

Le 20 janvier (6^e jour), apyrexie, sensation de bien-être, plus de catarrhe oculo-nasal, mais on cote une teinte subictérique des conjonctives ; l'auscultation révèle quelques râles muqueux, crachats séro-muqueux rares. Dans tous les points érythémateux, la peau se plisse insensiblement et tend à se craqueler.

21 janvier (7^e jour). Desquamation en petites lamelles limitée aux aisselles, aux aines et aux parties génitales. L'éruption a notablement pâli. Oligurie persistante.

24 janvier (10^e jour). Etat général excellent, langue rose, selles normales, plus de catarrhes. L'éruption a complètement rétrocedé. La desquamation est à peu près terminée.

Le 5 février il quitte l'hôpital un peu affaibli et anémié.

L'examen du sang a démontré le 20 janvier une augmentation légère des leucocytes, avec prédominance des polynucléaires et un chiffre anormalement élevé d'éosinophiles.

Cet état spécial du sang, l'apparition de l'urobiline dans l'urine (avec subictère des conjonctives); la diminution de l'urée, suivie quelques jours après d'une décharge d'urée; les chlorures diminués d'abord, puis très augmentés ensuite, toutes ses manifestations, causées par l'intoxication benzinique sont très semblables à celles que l'on rencontre sous l'action des toxines microbiennes.

Les intoxications professionnelles par inhalation, mieux connues, présentent des accidents bien différents.

Dès l'année 1860, Perrin (1) signale de l'engourdissement, des fourmillements, de légers tremblements chez les employés des fabriques de benzine. Guyot (2) mentionne en 1879 le cas d'un ouvrier de Clichy qui fut atteint d'accidents convulsifs, de coma, de paralysie de la face, puis ultérieurement de monoplégie brachiale. A ce propos, Quinquaud rappela des faits dans lesquels des fourmillements, des anesthésies, des parésies, de l'amblyopie même paraissaient indiquer l'influence morbide de la benzine sur les expansions nerveuses périphériques.

En 1897, au Congrès international de Moscou, Santesson (3), de Stockholm, fait une intéressante communi-

(1) Perrin. *Bulletin de la Société d'émulation de Paris*, 1860.

(2) Guyot. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1879.

(3) Santesson. *Empoisonnement chronique par la benzine*, XII^e Congrès international de Moscou, 1897.

tion sur neuf cas d'empoisonnement chronique par les vapeurs de benzine.

Il s'agissait de jeunes femmes employées dans un atelier mal ventilé. Il note comme principaux symptômes la céphalée, le vertige, l'asthénie, des vomissements, de l'anémie, des hémorragies de la peau et des muqueuses. Dans un cas terminé par la mort, il trouva une dégénérescence graisseuse du cœur, du foie, des reins, des organes du petit bassin, et de l'endothélium des vaisseaux. Santesson étudia sur des lapins le mécanisme de l'intoxication, en utilisant la benzine du commerce, soit en applications cutanées locales, soit en injections sous la peau, il observait régulièrement un abaissement de température, des tremblements, une paralysie progressive, puis à l'autopsie de petites hémorragies dans les poumons, et au niveau de la muqueuse gastro-intestinale.

Quelques mois après la publication de ces résultats, MM. Le Noir et Claude (1), rapportent en détail l'observation d'un cas mortel de purpura survenu chez un ouvrier teinturier âgé de vingt-sept ans, soumis depuis plusieurs années à l'action quotidienne des vapeurs de benzine. Après avoir présenté des plaques ecchymotiques sous-cutanées, des taches purpuriques sur divers points du corps, des épistaxis, des hémorragies gingivales, le malade, cachectisé, succombe subitement. L'autopsie révèle un épanchement hémorragique de la plèvre, des infarctus myocardique et sous-endocardiques, des ecchymoses de la muqueuses de l'estomac et de l'intestin ; et enfin deux

(1) Le Noir et Claude. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 20 octobre 1897.

foyers hémorragiques dans la couche optique et dans la région bulbo-protubérantielle.

En 1900, Peters (1) confirme les idées de Quinquaud par la relation d'un cas de névrite rétro-bulbaire consécutive à une intoxication chronique par les vapeurs de benzine ; il s'agissait d'une jeune fille de 16 ans, atteinte de la manie bizarre de respirer chaque soir de la benzine, avant de se coucher. L'amblyopie toxique se traduisait par des scotomes étendus qui disparurent complètement dans la suite, montrant que la névrite optique avait été peu profonde, et facilement réparable.

Plus graves et plus diffuses furent les atteintes polynévritiques signalées en 1901 par MM. Soupault et François (2) chez des ouvrières employées au nettoyage de gants, avec un mélange de benzine et d'éther de pétrole, exposées par conséquent d'une façon permanente aux vapeurs délétères, et aussi peut-être à l'introduction du liquide toxique par voie cutanée, grâce aux gerçures dont leurs mains étaient couvertes.

M. Dufour (3) vint appuyer cette intéressante communication de documents cliniques recueillis dans les usines de Levallois-Perret, où le benzotoluol, sorte de benzine mal épurée, engendre par ses vapeurs toxiques des accidents variés. C'est d'abord une ivresse gaie et bruyante qui se déclare chez les ouvrières ; elle ne tarde pas à faire place à un état de dépression suivi de perte de connais-

(1) Peters. Société du Bas-Rhin. In *Deutsche Med. Woch.*, 18 octobre 1900.

(2) Soupault et François. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 18 octobre 1901.

(3) Dufour. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 octobre 1901.

sance et de mouvements convulsifs. La simple exposition à l'air suffit à dégriser les malades qui conservent un violent mal de tête. L'accoutumance se produit à la longue et d'autant plus aisément que la benzine est mieux épurée.

L'année suivante, Dorendorff (1) décrit, dans tous ses détails, la maladie professionnelle des ouvrières qui utilisent la benzine pour travailler le caoutchouc. Douleurs dans les membres, le long des muscles et du trajet des troncs nerveux, parésies des extrémités, exagération des réflexes cutanés, nystagmus, dépression psychique, dysphasie, présence de pigment, libre dans le sang ou inclus dans les leucocytes, tels sont les symptômes qu'il mentionne. En outre, il put reproduire expérimentalement chez les cobayes des contractures, puis constater dans leur moelle des lésions des cellules ganglionnaires, ainsi que des dépôts de pigment dans le plasma sanguin, et au sein de leurs ganglions lymphatiques.

Au point de vue homœopathique, nous pourrions essayer la benzine dans la rougeole, dans les érythèmes polymorphes ; contre le purpura et les accidents du système nerveux, la benzine pourrait peut-être être expérimentée, mais comme elle produit ces accidents par inhalation, son administration par voie stomacale donnerait-elle des résultats ?

D^r MARC JOUSSET.

(1) Dorendorff. Société de Charité de Berlin. In *Münche med. Wochensch*, 5 février 1901.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

NOTES CLINIQUES, par le D^r KUBASTA, de Vienne.

Le médicament pyrogenium dont le D^r J. H. Clarke a donné dernièrement, dans son grand ouvrage, une étude si complète avait été rejeté jadis par le D^r Haupt, en raison des irrégularités de sa préparation. L'expérience du médecin de Vienne démontre l'exagération des critiques de Haupt.

L'intoxication par les viandes putréfiées donne des effets constants et qui facilitent le diagnostic; ces effets ont une ressemblance absolue avec le typhus abdominal. L'emploi thérapeutique du pyrogenium a fourni à l'auteur une action très utile, dans les cas d'aspect septique et typhoïde.

Lorsque le D^r Kubasta l'a utilisé, la fièvre s'abaissait promptement, avec amélioration de l'état général, retour de la fonction digestive à la normale, et bientôt la langue redevenait humide et de bon aspect.

I. — Un enfant de 17 ans donna, en août 1902, tous les signes d'un typhus abdominal. L'aconit 3° C. n'amenait aucun abaissement de la courbe de température, administré de demi-heure en demi-heure, et le malade était littéralement baigné de sueur.

On intercala le pyrogenium 6° C. aux prises d'aconit; l'amélioration de l'état général n'empêcha pas la température d'arriver à 40°, 2. Alors on l'employa avec la même alternance, mais à la II° puissance, et l'amélioration se fit, le soir même, par l'abaissement de la température, et, au

bout d'une semaine, la convalescence arriva, pendant laquelle on combattit par des prises éloignées de silicea 30° C. une diathèse phlegmoneuse, et la chute des cheveux.

II. — Une jeune femme de 20 ans, récemment mariée, souffrait de métrite gonorrhéique avec salpingite, accompagnées de vives douleurs abdominales à chaque inspiration. L'aconit 3° C. et hepar sulf. 30° C. (en raison d'une leucorrhée franchement purulente), bryone 30° C. tous ces médicaments donnés à doses fréquentes, le thermomètre montait à 39°,9. Bryone, 30° C. atténua l'intensité des douleurs, ce médicament est précieux dans les douleurs lancinantes, augmentées par le mouvement. La température resta quelques jours élevée, et l'on pratiqua les enveloppements mouillés d'heure en heure, sur le tronc, en continuant bryone 30° C.

L'abaissement de la température survint avec une grande faiblesse et dépression et une indifférence à la douleur, souvent constatée dans les maladies gonorrhéiques aiguës à caractère typhoïde.

Pyrogenium 6° C. (préparé chez Kittel, de Berlin), pris en alternance avec bryone 30° C., par 5 gouttes dans un peu d'eau, d'heure en heure, dans la journée, tandis que bryone seule était prise la nuit, causa un abaissement rapide de la température, retour de l'appétit, amélioration de la digestion, convalescence,

L'auteur a encore tiré de bons effets de pyrogenium (cette fois préparé par Heath, de Londres) et élevé de la 6° D. à la 7° C., dans un cas de fièvre tuberculeuse, alors que la tuberculine à haute puissance, et donnée de 8 en 8 jours, restait sans effet. D'autres observations, fournies par des collègues, d'états septiques améliorés par pyro-

genium, déterminent l'auteur à voir là un médicament d'une action puissante.

L'ÉPIDÉMIE D'INFLUENZA DE 1902-1903.

Les froids et l'humidité qui règnent sur l'Europe depuis le commencement de décembre ont fait de nombreuses victimes, surtout parmi les vieillards et la jeunesse, atteints à l'avance dans leurs organes respiratoires et leur cœur, dont le mauvais état a souvent prolongé la convalescence. On n'a pas trouvé de médicament couvrant l'ensemble des symptômes de l'épidémie.

Sticta pulmonaria dans la toux sèche, violente, qui secoue le malade, et qui est causée par un picotement du larynx et de la trachée, est d'une intensité particulière le soir et la nuit, a bien réussi. Nous avons dans *ammonium brom.* 3^e un bon remède dans la toux de grippe prenant un caractère convulsif, avec accumulation de mucosités dans les voies respiratoires, le nez et les choanes. La sécrétion, épaisse, obstrue le nez, les bronches et empêche les malades de dormir. Ce médicament a donné, en 12 heures, un amendement des symptômes précités tel que le malade croyait qu'on lui avait administré de la morphine.

MALAISES DE LA GROSSESSE

Nausées, vomissements, anorexie.

Bryone :

Mal au cœur au réveil, amélioré par le repos. Sécheresse, de la langue, de la bouche et des lèvres. Céphalalgie pressive. Vomissements alimentaires aussitôt après le repas. Selles dures, sèches, comme brûlées. Aggravation en s'asseyant sur le lit, par la colère, l'air chaud, les ali-

ments chauds. Amélioration par le temps frais, les aliments frais.

Acide carbolique :

Le symptôme universellement reconnu est la nausée et les vomissements du matin. Vomissements alimentaires.

Cocculus :

Brûlure s'étendant dans tout le pharynx, avec goût de soufre dans la bouche. La nausée et l'envie de vomir causent un vertige qui empêche le sujet de se lever. Aggravation par le déplacement en voiture ou en bateau. Sensation de réplétion douloureuse dans l'estomac, et de vide dans l'abdomen. Malaise qui semble partir de la tête.

Gossypium :

Médicament qui a causé et guéri l'anorexie et la nausée au temps des règles. Vomissements du matin au début de la grossesse, éructations, abattement, sensibilité de la région utérine; mal au cœur au réveil, vomissement dès que le sujet soulève la tête; il ne vomit qu'un liquide épais, bilieux, avec des gaz par le haut et le bas. Sialorrhée.

Ipécacuanha.

Nausée persistante, sans répit; vomissement mucus abondant. Dégoût, éructations; vomissement, d'aliments, ou de mucus et de sang; vomissements aigres. Douleurs tranchantes autour de l'ombilic.

Nux vomica :

Il lui semble que les vomissements lui font du bien. Nausées et vomissements du matin, avec constipation. Mauvais goût qui vient de l'œsophage, quand le sujet ramène des mucosités. Les aliments et les boissons paraissent sentir mauvais, Dépression morale, dégoût pour l'eau et le pain. Désir de la bière et de l'eau-de-vie. Bouche amère et acide. Eructations bruyantes, soupirs, vomitu-

tions d'eau. Vomissements d'aliments, de bile, de matières noires ou acides.

Sepia :

Vomissements d'une eau laiteuse ou d'écume. Vide dans la région du cœur ; l'idée de manger donne la nausée. Gaz avant l'odeur d'œufs pourris. Goût de matière putride, comme si tous les intestins se déroulaient. Tendance à vomir le matin. Dégoût des aliments. Vomissements de nourriture et de sang.

Apomorphine :

A donné de bons effets dans certains cas résistant à tous les autres médicaments contre les nausées et vomissements de la grossesse.

(Allg. hom. Zeitung, janv. et févr.)

D^r PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

LE LAIT EN POUDRE

Scientific American (19 juillet 1902) décrit ainsi qu'il suit la préparation du lait en poudre réalisée à New-Jersey par la National Nutrient Co qui vend son produit sous la dénomination de *Nutrium*.

Le lait est pompé dans un grand récipient rond en cuivre dans lequel il est agité et chauffé au moyen de souffleurs à air stérilisé, après quoi il passe dans quatre récipients rectangulaires de concentration. Ces derniers récipients sont pourvus d'une circulation d'eau chaude à l'extérieur et d'un serpentín à l'intérieur ; des ajustages spéciaux permettent l'envoi d'air stérilisé au-dessous de la surface du lait. Le lait se réduit au seizième de son volume primitif ; à mesure que la concentration s'accroît,

on diminue la température. A la fin de l'opération le lait concentré est rejeté dans une turbine qui donne une pâte que l'on fait sécher ensuite au contact d'air sec stérilisé et que l'on passe enfin au broyeur qui la convertit en une poudre ayant l'apparence de la farine de blé. C'est sous cette forme que le lait est emballé et expédié. (*Journal des praticiens*, 28 nov.).

TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ

Voici un traitement qui, si les résultats satisfaisants en sont confirmés, ne manquera pas de rendre service au praticien.

Purklauer badigeonne la partie de l'ongle qui doit être enlevée avec une solution tiède de potasse caustique à 40 p. 0/0. Au bout de quelques secondes, l'ongle se ramollit et se laisse enlever « comme du beurre » par un râclage avec un fragment de verre à bord tranchant. On continue les badigeonnages à la potasse et les râclages jusqu'à ce qu'il ne reste de l'ongle qu'une lame mince comme une feuille de papier, qu'on saisit avec une petite pince pour la soulever par le bord au-dessus des parties molles tuméfiées qui la recouvrent, et pour l'exciser au moyen de ciseaux fins.

Le malade guérirait sans perdre une goutte de sang ni ressentir la moindre douleur, et il peut vaquer immédiatement à ses affaires, car aucun traitement consécutif n'est nécessaire. Si, plus tard, l'ongle réapparaissait, il suffit pour le supprimer d'amincir de nouveau et par le même procédé la partie correspondante de l'ongle sans que cette fois on soit obligé de l'exciser. (*Echo méd. de Lyon et Journal des praticiens*, 22 nov.).

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — Téléphone.

L'ART MEDICAL

AVRIL 1903

LA THÉRAPEUTIQUE POSITIVE

DEVANT

L'ACTION DES MÉDICAMENTS

VI

Il nous reste à examiner la question des effets contraires des médicaments, autrement dit des effets primitifs et des effets secondaires. Régulièrement et périodiquement cette question revient à l'ordre du jour, et les discussions qu'elle soulève demeurent inévitables, tant qu'on n'aura pas nettement trouvé la solution qu'elle réclame. Rappelons-nous, en effet, que c'est au point de vue de l'action opposée des médicaments que se sont placés les théoriciens pour battre en brèche la loi de similitude.

I. ACTION DES MÉDICAMENTS SUR L'HOMME SAIN.

Dès 1805, Hahnemann avait reconnu l'existence, chez

l'homme sain, de deux actions opposées des substances toxiques et médicamenteuses. Cette opposition des effets d'une même substance est fréquente et incontestée de nos jours. Ainsi, comme nous l'avons d'ailleurs remarqué dans l'*Evolution thérapeutique*, un médicament produit, tour à tour, de la diarrhée et de la constipation, de l'accélération et du ralentissement du cœur, une élévation et un abaissement de la température, du myosis et de la mydriase, des convulsions et de la paralysie, du délire et du coma, de l'insomnie et de la somnolence, etc., tous désordres fonctionnels qui, cependant, ne se bornent pas toujours à des *augmentations* et à des *diminutions*, et se rapportent souvent, aussi, à des *perversions*, telles que sont les convulsions et les paralysies, le délire et le coma.

D'autre part, tous les phénomènes pathogénétiques sont loin d'être susceptibles de deux actions opposées. Et Hahnemann, lorsqu'il se basait sur l'opposition des effets pour démontrer la loi de similitude, ne pensait pas qu'il donnerait, un jour, à ses adversaires des armes pour le combattre, non plus, du reste, qu'en admettant — ainsi que le prouve sa théorie des aggravations — que l'action du médicament est essentiellement la même sur l'homme malade et sur l'homme sain, il ne se figurait qu'un jour il éveillerait les scrupules de ses partisans les plus convaincus.

Des deux actions physiologiques opposées que Hahnemann reconnaît aux médicaments, il appelait *primitive* celle qui se montre la première, *secondaire*, celle qui apparaît à la suite, *lorsque les expérimentations sont faites avec les peines doses*. Rectifions, cependant, et précisons avec le D^r P. Jousset :

« *L'élévation de la dose renverse souvent la succession des effets, l'action secondaire pouvant se trouver en premier lieu avec une dose forte ou excessive* ».

Et, dans ce cas, l'action primitive n'est pas toujours supprimée ; on la voit souvent apparaître consécutivement. C'est alors le renversement complet de l'évolution des symptômes, de sorte que les mots de « primitif » et de « secondaire » n'ont plus qu'une valeur conventionnelle (H. Piedvache.)

Ainsi voilà un premier facteur, la dose, qui modifie les termes du problème ; la règle qui en ressort peut se formuler :

« *L'effet primitif est plutôt déterminé d'emblée par les petites doses, le second par les doses fortes.* (P. Jousset). »

Voici, maintenant, un second facteur, l'idiosyncrasie du sujet, mieux nommé la *prédisposition individuelle*.

Chaque individu est plus ou moins sensible à tel ou tel médicament : de fait, une susceptibilité exagérée équivaut à une dose excessive, et, comme celle-ci, elle est capable d'intervenir l'ordre des effets. A titre d'exemple, nous citerons la morphine : la contraction pupillaire, qui est l'effet constant de toutes les doses, peut être, exceptionnellement, remplacée par une dilatation primitive, avec de faibles doses ; la diarrhée, qui ne s'établit d'ordinaire que par l'usage prolongé de la substance, apparaît, d'autres fois, primitivement, avec des doses minimales, comme 1/7 de grain, au bout de deux heures. (Harley.)

Certaines prédispositions sont saines ; d'autres sont morbides. Nous déduirons de là l'absolue nécessité d'expériences multipliées, seules capables de nous faire connaître quels sont les phénomènes ordinaires, fréquents, habituels, et dans quel ordre ils se révèlent à nous suivant

les doses; quels sont, au contraire, les phénomènes exceptionnels, ou qui s'offrent accidentellement à nous, dans un ordre renversé. Les premiers seront, de préférence, mis en réserve pour l'application courante.

Puisque les expressions « d'action primitive et d'action secondaire » n'ont plus qu'une valeur relative et sujette à caution, nous sommes conduits à rechercher ailleurs que dans l'observation pathogénique pure une loi de succession des phénomènes, et de considérer, à cet effet, l'ensemble des actions médicamenteuses, celles même qui ne sont pas susceptibles de se révéler en deux sens opposés.

Les fonctions normales, nous y avons déjà insisté, sont troublées par les agents médicamenteux et toxiques, de trois manières : par excès, par défaut, ou par production de phénomènes nouveaux purement morbides, troubles qui se réduisent à deux catégories : *déviation par exaltation fonctionnelle*, *déviation par dépression fonctionnelle*. Claude Bernard a démontré la constance dans l'ordre de succession de ces deux catégories de manifestations, qui sont sous la dépendance de la dose. Il a donc pu poser cette loi :

« Toute substance qui, à petite dose, excite les propriétés ou les fonctions d'un élément anatomique, les anéantit à haute dose. »

Et comme les poisons agissent, tout d'abord, sur les fonctions du système nerveux, par impression et dynamiquement, nous pouvons rapprocher cette loi de cette autre loi établie par Brown-Séquard :

« L'excitation modérée d'un élément nerveux provoque une exaltation (dynamogénie) des fonctions qui en dépendent, directement ou par réflexe; une excitation forte peut abolir les mêmes fonctions (inhibition). »

Il en résulterait que l'effet dit primitif, que nous savons être celui des petites doses, est le produit d'une exaltation fonctionnelle, et l'effet dit secondaire, celui d'une inhibition de fonctions. Ce rapport se vérifie, en effet, dans la pratique, et les expériences faites dans les laboratoires contemporains viennent encore le confirmer.

Est-ce à dire que l'on verra toujours la double série des phénomènes se dérouler dans un ordre constant? Non. Car nous avons après la dose, après l'idiosyncrasie du sujet, un troisième facteur d'intervention plus fréquente des effets, à savoir *la nature propre de la substance* toxique ou médicamenteuse. On doit dire à cet égard — et tel est le point capital de l'étude analytique de la matière médicale — que chaque substance accuse une prédominance marquée pour l'un ou l'autre des effets contraires, de sorte que l'un des deux peut passer inaperçu, ou ne se montrer jamais.

Les exemples abondent. Nous n'en citerons que deux :

1° *Absence de l'effet dynamogénique.* Les petites doses, pondérables des bromures alcalins abaissent d'emblée la puissance excito-motrice de la moelle et diminuent la sensibilité. Pour quiconque méconnaît la loi de Claude Bernard, c'est l'effet primitif. Hale l'admet, et, par une conséquence logique, croit que l'action secondaire des bromures alcalins consiste dans une exaltation de la même puissance excito-motrice médullaire. Cependant l'observation montre tout le contraire : plus on élève la dose du sel, plus la fonction médullaire marche vers l'abolition absolue. Voilà, aussi bien le fait que confirment toutes les exceptions apparentes à la règle générale, si loin que l'on poursuive l'étude des pathogénésies particulières.

Dans le cas où l'action inhibitoire d'une substance sur

un appareil déterminé semble être son effet primitif, l'action dynamogénique n'apparaîtra jamais par élévation de la dose, et la première se prononcera, par contre, de plus en plus. N'est-ce pas le cas de dire que l'exception confirme la règle? C'est aussi pourquoi nous posons la règle, et la déclarons absolument vraie sous le nom de « *loi de Claude Bernard* » Elle n'a pas de réciproque.

D'où vient donc l'erreur de Hale? Il est facile de s'en rendre compte. Lorsqu'on donne des doses *fortes et répétées* de bromure, et qu'on vient à les suspendre brusquement, on assiste à l'apparition de symptômes d'excitation cérébro-spinale; et Hale conclut que telle est l'action des fortes doses du médicament, qui serait, par conséquent, l'action secondaire ou consécutive. Cela est complètement inexact. De fait, il ne s'agit pas, ici, du développement de l'effet d'une dose modérée, mais de la suspension d'un médicament habituel pris à doses considérables. Or, en semblable circonstance, ainsi qu'on le sait des morphinomanes, la suspension du mithridatisme donne plutôt naissance au retour d'accidents primitifs. Appeler « *secondaires* » les accidents de suspension, c'est équivoquer sur les mots, alors que nous nous efforçons précisément d'arriver à un langage clair.

En réalité, avec l'action des petites doses pondérables de bromures alcalins, abaissant d'emblée le pouvoir excito-moteur de la moelle, nous pouvons dire, comme Schulz : « Où il n'y a rien, rien ne peut se produire. » En d'autres termes, l'effet dynamogénique faisant défaut dans l'action physiologique du médicament, l'excitation ne peut se produire ; ce que nous traduisons par la formule algébrique :

$$- \times - = +$$

Une autre conséquence résulte dès lors de ce fait. Les médicaments dont la pathogénésie ne comporte pas d'effet dynamogénique, tout en exerçant leur action essentiellement de même façon sur le malade et sur l'homme sain, n'obéissent plus à la loi de similitude.

Leur action thérapeutique est exactement superposable à leur action physiologique. C'est donc la loi des effets superposables — que nous désignons sous ce nom pour ne pas la confondre avec la loi des contraires proprement dite — qui les régit; ils constituent à la règle générale de similitude une première exception ainsi traduite :

« Les médicaments à effets pathogénétiques exclusivement inhibitoires, sont justiciables de la loi des effets superposables. »

❖ Absence de l'effet inhibitoire. — La strychnine n'est guère connue que comme un poison convulsivant, la mort survenant, généralement, au milieu des convulsions : l'effet inhibitoire ne se montre pas. Mais, qu'à l'imitation de Martin Magron et de Buisson, on introduise sous la peau d'une grenouille une forte quantité de strychnine, les convulsions peuvent manquer, surtout en été, et la motilité disparaît d'emblée. Si la grenouille, se trouvant ainsi en état de mort apparente, est abandonnée dans un endroit frais, l'élimination du poison se fait peu à peu, la respiration cutanée suffisant à l'hématose ; et alors, pendant une période qui, parfois, va jusqu'à deux ou trois jours, on voit survenir des convulsions précédant le retour de l'état normal. Ainsi l'action inhibitoire de la strychnine sur le système nerveux moteur fait presque toujours défaut. Pour la révéler il a fallu, non seulement une dose excessive, mais encore le choix d'un animal ayant une résistance vitale exceptionnelle et le concours d'une haute température.

Est-ce, ici, comme l'ont pensé d'excellents esprits, l'apparition de l'effet primitif survenant à mesure que la dose toxique s'épuise par élimination ? Il serait difficile de soutenir, encore moins de prouver le contraire ; mais tout aussi admissible est-il que nous assistons, dans ce cas, à une simple manifestation de la loi naturelle d'action et de réaction, comme nous l'avons déjà constaté après la suspension brusque des doses fortes et répétées de bromures alcalins.

Digitale et digitaline nous fournissent, à ce sujet, un exemple plus frappant. A toutes les doses, des plus petites aux doses toxiques mortelles, la digitaline excite, renforce, la contraction systolique cardiaque, par excitation directe sur le myocarde ; il se produit, ici, également, une superposition directe des effets thérapeutiques aux effets physiologiques, pouvant être algébriquement représentée par

$$+ \times + = +$$

A la fin, la digitaline tétanise le myocarde de telle sorte, que la circulation s'arrête, et que la mort se produit en systole. Les expériences définitives, faites au Collège de France, par M. le professeur François Franck, réduisent à néant les travaux physiologiques antérieurs, notamment ceux de Nothnagel et Rossbach. Il en résulte que l'action thérapeutique de la digitaline, comme d'ailleurs de la digitale entière, dans les maladies du cœur (type asystolie), n'étant pas conforme à la loi des semblables, c'est, ici encore, la loi des effets superposables qui prévaut. Et il en est probablement ainsi d'autres médicaments, dont, jusqu'ici, la pathogénésie n'a été qu'incomplètement étudiée. A cette occasion, il est surtout intéressant de constater que la loi de similitude ne se vérifie pas, lorsque dans la pa-

thogénésie d'un médicament, l'un des deux effets, dynamogénique ou inhibitoire fait défaut. D'où cette règle :

« Les médicaments dans la pathogénésie desquels un des deux effets, dynamogénique ou inhibitoire, fait défaut, ou bien annihile complètement l'autre, sont dans leur application thérapeutique, justiciables de la loi des effets superposables » (Sieffert).

Ici, surtout, nous constatons que l'action thérapeutique est indépendante du moment étiologique. Aussi bien, par le fait seul que l'action thérapeutique d'un médicament est directement superposable à son action physiologique — ce qui, dans la pratique, revient à la loi, habituellement et improprement appelée « loi des contraires » — il en résulte que l'action médicamenteuse est dirigée en droite ligne contre les phénomènes pathologiques et non contre leur cause ce qui implique, logiquement, que l'action médicamenteuse est indépendante du moment étiologique. Et, dans ces conditions, que serait-il advenu si l'Ecole allopathique, qui fait de la loi dite des contraires la charte de ses médications, avait abouti dans ses chimériques tentatives à la recherche d'une thérapeutique étiologique ? Aurait-elle renié ses dogmes, et brûlé ce qu'elle adorait jusqu'alors ? Car comment faire concorder la théorie étiologique avec la doctrine de l'action contraire ? On ne connaît pas le contraire d'une cause efficiente morbide, cette cause fût-elle un microbe ?

Entraîné par le raisonnement, nous avons, parfois, dû empiéter sur ce qui nous reste à dire dans le chapitre suivant. Toutefois, par ces exemples choisis entre beaucoup d'autres, il devient évident que les dérogations à la loi de Claude Bernard ne sont qu'apparentes, et que cette loi est rigoureusement générale. Vous n'exagérons rien en

disant qu'elle est le fil d'Ariane qui permet de se reconnaître au milieu des pathogénésies les plus confuses.

Pour peu qu'on nous ait suivi jusqu'ici, on comprendra qu'il est désormais inutile de s'attarder à réfuter la théorie exposée par Hahnemann, dans les paragraphes LXI et LX de l'*Organon* (4^e édition), et qui se résume ainsi : « L'action primitive est la seule qui soit produite par le médicament étudié chez l'homme sain. L'action secondaire est un effet de la réaction de l'organisme. Par conséquent la première est la seule importante, la seule qui puisse être utilisée pour les indications thérapeutiques. »

L'effet secondaire n'est pas, lorsque doivent se montrer successivement deux actions opposées, la réaction contre l'effet primitif, puisque, dans des conditions déterminées, il peut apparaître le premier. Cette raison suffit. A quoi bon en invoquer d'autres ? On ne pourrait, tout au plus, qualifier de réactionnelle que la réapparition de l'effet dynamogénique, après l'effet inhibitoire, c'est-à-dire après l'épuisement de la dose par élimination progressive. Il n'y a que certaines actions alternantes succédant à la suppression brusque d'une dose forte et habituelle, qui pourraient être provisoirement rangées dans les réactions organiques, comme la diarrhée, par exemple, que l'on observe chez les morphiniques, à la suite de la suspension des piqûres.

En fait, les effets dynamogéniques et inhibitoires, si les phénomènes pathogénétiques sont susceptibles de deux sens opposés, ont quelquefois une importance égale : c'est lorsqu'une dose petite ou modérée peut les produire, tantôt successivement tous les deux, tantôt l'un ou l'autre, suivant l'idiosyncrasie du sujet. Plus souvent l'un des deux effets acquiert une importance prépondérante, soit à

une dose donnée et inversement pour chaque dose extrême, soit à toutes les doses.

Hahnemann, malgré sa théorie erronée, n'en avait pas moins trouvé le principal de la solution pratique, qui est que les médicaments ont, dans leur grande généralité, une action dominante et une action accessoire. Mais il y a de nombreuses exceptions, et nous savons maintenant ce que les expressions incriminées de « primitif et secondaire » recèlent d'arbitraire et de changeant.

Le chemin que nous venons de parcourir, nous permet de nous résumer en quelques propositions :

I. — Il existe souvent, pour un médicament donné, deux actions de sens opposé, dans un même ordre de troubles fonctionnels. L'une n'est pas, en général, la réaction de l'autre ;

II. — L'ordre de leur succession est régi par la loi de Claude Bernard « Toute substance qui, à petite dose produit des effets d'excitation (dynamogénie), entraîne à haute dose des effets de dépression, (inhibition) » ;

III. — Cette loi n'a pas de réciproque. C'est-à-dire que si, par une exception apparente, les petites doses amènent des effets inhibitoires, les hautes doses ne font qu'accroître les effets, sans produire des phénomènes d'excitation ;

IV. — Ces derniers se montrent, parfois, il est vrai, après la suspension de l'usage habituel, non pas des petites doses, mais des fortes, conformément à la règle qui suit : « Si l'on donne une dose forte et massive, l'effet dynamogénique qu'eût produit une petite dose peut manquer, et l'effet inhibitoire apparaît d'emblée. Dans ce cas, l'effet dynamogénique peut être observé consécutivement ; »

V. — Les médicaments, dans la pathogénésie desquels un des deux effets, dynamogénique ou inhibitoire, fait

défaut, ont leurs effets thérapeutiques directement superposables aux effets physiologiques, et ne peuvent agir que dans ce sens (loi des effets superposables) ;

VI. — Les expressions « d'action primitive et d'action secondaire » ne correspondent pas exactement à celles dont nous souhaiterions l'adoption, le sens des effets paraît une base plus fixe que leur chronologie, ainsi que le montrent les effets alternants ;

VII. — En outre de la dose, la chronologie des deux actions contraires est régie, avant tout, par « la nature de la substance toxique ou médicamenteuse » qui, dans telle ou telle fonction, affecte, ordinairement, une préférence marquée pour l'une ou l'autre des actions, de sorte que l'action « primitive » de Hahnemann est généralement synonyme d'action « dominante ». Elle est régie, en second lieu, par « l'idiosyncrasie du sujet » ; d'où la nécessité d'expériences comparatives sur de nombreux individus ;

VIII. — Pour les applications thérapeutiques, il importe de distinguer, dans les pathogénésies, plusieurs catégories de faits :

a) Les deux effets sont obtenus successivement et à court intervalle par la même dose, ou séparément par des doses différentes. Dans ce cas, l'idiosyncrasie du sujet joue un rôle important ;

b) L'écart des doses qui les déterminent l'un et l'autre est considérable ;

c) L'action dynamogénique peut manquer. Alors elle ne se révélera que par la suppression brusque de doses fortes et répétées, à moins qu'elle ne soit qu'un simple effet de la loi d'action et de réaction ;

d) Au contraire, d'autres fois, c'est l'action inhibitoire

qui fera défaut avec les doses fortes. Mais il sera possible, à l'inverse du cas précédent, de trouver une dose plus forte qui la produise.

VII

II. — ACTION DU MÉDICAMENT SUR L'HOMME MALADE.

L'action du médicament sur le malade diffère-t-elle de l'action sur l'homme sain ?

Nous avons déjà répondu négativement. Telle était également la conclusion de Hahnemann ; sa théorie de l'aggravation médicamenteuse en fait foi.

Cependant, voici que le sulfate de quinine provoque, parfois, des accès de fièvre chez les sujets sains, et il est fébrifuge ; que l'ipécacuanha fait vomir, et il arrête des vomissements pathologiques, etc. Qu'est-ce à dire ? Devons-nous, là, voir un paradoxe suivant l'expression du professeur Lépine ? Il y a simplement l'intervention de la loi de similitude, et la contradiction, qui ne laisse pas d'étonner, n'est qu'apparente.

La théorie de Hahnemann, de la guérison produite par la maladie médicamenteuse plus forte que la maladie naturelle et par le développement réactionnel de l'effet secondaire, a été réfutée tant de fois, qu'il semble inutile d'y revenir.

Elle suppose qu'il existe toujours deux effets opposés pour un même phénomène, ce qui est une erreur : où est le contraire du vomissement, à moins que ce ne soit le retour à l'état normal ?

Elle suppose la constance de l'aggravation, parfois observée, et il n'en est rien.

Elle suppose, enfin, que l'effet primitif du médicament

est seul susceptible d'être employé par la loi des semblables et cela est inexact.

La guérison — comme l'a si clairement définie le docteur Frédault, et comme nous l'avons tant de fois répété — ne consiste pas à produire un effet morbide opposé à celui qui existe, mais à rétablir l'ordre normal ; et quand le médicament guérit, ce n'est pas parce qu'il engendre un phénomène morbide opposé à celui qui est constaté, mais parce qu'il tire l'activité vitale de son évolution morbide, pour la rendre à ses voies normales.

En définitive, le paradoxe de Lépine consiste simplement en ceci :

Un médicament est donné dont l'action est semblable aux symptômes morbides qui l'ont fait choisir. Qu'advient-il, le plus souvent, si la guérison en résulte ? Au lieu de l'aggravation attendue, le symptôme pathogénique normal fait défaut. Voilà le fait qui a lieu de nous étonner ! Ce qu'on appelle la « *tolérance médicamenteuse* » est impuissant à nous en rendre compte, et l'on ne peut se refuser à y voir une démonstration indirecte de la loi de similitude.

L'expérience a montré que l'atténuation des doses était fréquemment commandée par l'application de la loi de Hahnemann. Toutefois ce n'est pas une condition nécessaire et constante. Nous administrons, en effet, à un homme sain, une dose moyenne massive de sulfate de quinine, d'antipyrine, ou de salicylate de soude, et nous lui donnons un accès de fièvre, mais si nous faisons prendre la même dose à un fébricitant, nous diminuons sa fièvre. De même dix gouttes de la première dilution centésimale de glonoïne élèvent ordinairement la pression artérielle de l'homme bien portant, et l'abaissent, lorsque dans

la néphrite interstitielle elle est pathologiquement surélevée. On peut donc, quelquefois, faire de l'homéopathie, et de la meilleure, avec les doses massives. Sans doute, nous l'avouons, le fait est exceptionnel ; il n'en existe pas moins.

Nous arrivons au cas qui nous intéresse davantage, celui où la substance possède deux effets physiologiques observés chez l'homme sain. Laquelle de ces deux actions sera utilisée par la loi des semblables ?

Toutes les deux, très souvent, répondrons-nous avec le Dr P. Jousset ; et c'est de la sorte que des états morbides signalés par des symptômes contraires pourront être guéris par le même remède. L'opium est employé, homéopathiquement, pour combattre la constipation et certaines diarrhées, la somnolence et l'insomnie, le délire et le coma, la congestion et l'anémie cérébrales. Malgré les objections que chacun trouvera immédiatement dans sa mémoire, le facteur le plus important est, ici, la dose, et le Dr P. Jousset se rappelant que le « Similia similibus » s'applique aussi bien aux doses qu'au sens des symptômes, en a ainsi résumé la loi :

« Pour se conformer à la loi de similitude, on doit choisir dans la double action du médicament, celle qui est semblable au cas pathologique à combattre ; c'est-à-dire employer les doses infinitésimales pour combattre les symptômes analogues produits chez l'homme sain, par les faibles doses du médicament, et employer les doses pondérables contre les symptômes analogues à ceux qu'on observe chez l'homme sain par les doses fortes et toxiques. »

Avec la loi de Claude Bernard, qui la complète, nous en déduirons cette autre formule :

« Les doses petites ou infinitésimales s'adaptent de pré-

férence aux phénomènes d'ordre dynamogéniques, les doses prépondérables, moyennes ou fortes, aux phénomènes d'ordre inhibitoire ». (Piedvache).

Nous en fournissons des exemples frappants : les douleurs, le délire et les convulsions, la toux, la constipation, sont plus généralement guéris avec les petites doses, tandis que les doses plus appréciables triomphent mieux de l'asthme, de la diarrhée, etc. En passant, notons encore une fois cette conséquence que, dans l'ordre morbide, les états dynamogéniques étant plus fréquents que les états inhibitoires, les petites doses trouvent plus souvent leur raison d'être : les dissidences d'Ecole sont, en réalité, beaucoup moins importantes qu'on ne le suppose.

Dans le même ordre d'idées, un autre fait est à prendre en considération : la répétition des doses thérapeutiques qui, par accumulation, peut être équivalente à des doses beaucoup ou infiniment plus fortes. On ne répétera jamais assez que les médicaments agissent dynamiquement, c'est-à-dire par impression : les plus petites impressions multipliées font, parfois, l'effet d'une unique secousse forte. Il n'a pas été tenu assez compte de ce fait qui pourrait, cependant, être un des moyens d'entente désirable dans la grave question de la discussion des doses.

En définitive, les principales conditions de variation sont en rapport avec les variations mêmes des effets pathogénétiques observés sur l'homme sain, telles que nous les avons énumérées plus haut. Des deux actions opposées l'une domine tellement, pour certains médicaments, que ceux-ci agissent dans le même sens avec toutes les doses thérapeutiques. Ex : *La strychnine* dans la chorée. Par contre, deux états morbides de sens opposé peuvent être guéris avec une dose identique de la même substance ;

tantôt cette dose est infinitésimale (Ex. : *Sulfur* dans les hémorrhagies et l'aménorrhée, dans la constipation et dans certaines diarrhées ; *Arsenic* dans les convulsions et les paralysies) ; tantôt la dose est appréciable ou massive (Ex. : *Glonoïne* dans l'artério-sclérose et l'asystolie). L'aggravation est donc loin d'être toujours à craindre ; si elle était une loi nécessaire, c'est dans ces cas-là qu'elle se montrerait.

Les faits de cette catégorie ne nous présentent-ils pas quelque chose déjà vu ? Rappelons-nous la manière dont l'idiosyncrasie est capable de faire varier le sens d'un effet physiologique. L'analogie n'est-elle pas évidente ? Dans un des cas, la prédisposition individuelle détermine la sélection d'un des effets opposés ; dans l'autre, une disposition morbide, qui est une manière d'être accidentelle, individuelle, provoque la sélection de celui des deux effets dont doit s'emparer la thérapeutique.

En résumé, les doses thérapeutiques sont calquées sur les doses physiologiques qui donnent plus facilement naissance aux actions pathogénétiques correspondantes. C'est le grand mérite du Dr P. Jousset de l'avoir vu, et nous profitons de la circonstance pour exprimer au vieux Maître, toujours jeune, l'hommage de notre respectueuse admiration.

Il n'est pas besoin d'insister, puisque nous l'avons fait plus haut, sur la confusion qui a été faite des effets physiologiques produits par la suspension d'une forte dose, avec l'action dite secondaire. On évitera donc de prendre, comme l'a fait Hale avec les bromures alcalins, une action thérapeutique homœopathique, pour une action toute différente.

Si on a lieu d'être surpris de ne pas rencontrer plus sou-

vent l'aggravation médicamenteuse, elle s'observe cependant, parfois, avec toutes les doses ; et c'est une raison d'être des doses infinitésimales. Il y en a bien encore une autre, c'est que certains effets dynamogéniques ne sont révélés, chez l'homme sain, que par ces doses.

Mais il importe de tenir compte de l'*accoutumance* lorsque le médicament est continué quelque temps. C'est une règle qui devrait être plus classique qu'elle ne l'est, que si l'action d'une substance semble s'user, on obtient d'excellents résultats en abaissant les doses. (Ex : *Drosera* dans la toux). Sous ce rapport, il n'existe pas de loi ; car, à côté de l'accoutumance, on rencontre l'*intolérance*, qui oblige, elle, à suspendre le traitement : elle se rencontre au bout d'un temps variable. Les suspensions de traitement, dont l'Ecole homœopathique est coutumière, devraient être une loi dans les pratiques thermo-minérales : les médecins allopathes commencent à découvrir cette nécessité dans nombre de cures ordinaires (1).

(1) Nous nous sommes, plus haut, longuement expliqué quant à l'action des doses infinitésimales sur l'homme malade. Le Dr Abel Claude s'est plus spécialement occupé des effets produits par les doses décroissantes, et les résultats auxquels il est arrivé sont trop intéressants, pour que nous ne les signalions pas à cette place.

Notre savant confrère a bien voulu nous communiquer deux exemples, que nous avons publiés dans notre *Formulaire de Thérapeutique positive* (p. 237 et 319), et que nous reproduisons ici :

« Le *Lycopode*, dit le Dr Abel Claude, s'adapte bien à la cure de certaines fièvres intermittentes, assez fréquentes dans le climat parisien, et se caractérisant moins par des oscillations thermométriques très étendues, que par des malaises peu définis (anxiété, somnolence, fatigue, etc.) qui se manifestent principa-

Enfin, c'est un fait pratique que la nature même de la maladie augmente ou diminue la susceptibilité aux doses

lement à la fin de l'après-midi et au début de la soirée. La température reste stationnaire, ou s'élève, parfois, d'un demi-degré la rate peut présenter une augmentation de volume. Ces phénomènes s'observent aussi à la fin des pyrexies et des fièvres exanthématiques, et le *Lycopode* constitue, alors, un excellent médicament de la convalescence. Si l'amélioration que notre confrère note au bout de trois à quatre jours, avec l'usage de la 30° dilution, ne s'accroît pas, il passe successivement aux 60° et 120° dilutions, qu'il fait préparer spécialement, et enfin à la 200° dilution. Cette méthode a assuré notamment la guérison d'une pleurésie qui avait résisté à toutes les autres médications. »

Le Dr Abel Claude s'est également beaucoup occupé de l'emploi systématique de *Pulsatilla*, dans le traitement de la céphalalgie par surmenage. Ayant observé que ce symptôme, caractérisé par une douleur obtuse localisée principalement dans la région frontale et par une inaptitude cérébrale presque complète au double point de vue de la compréhension et de la mémoire, s'améliorait par l'usage de *Pulsatilla* — alors qu'il avait résisté au repos physique et intellectuel et aux préparations martiales et arsenicales, dont les souffles chlorotiques justifiaient la prescription, ainsi qu'aux modificateurs hygiéniques (hydrothérapie, changement d'air, etc. — notre confrère voulut s'assurer si ces faits ne pourraient s'expliquer par l'action élective de *Pulsatilla* sur le système veineux. A sa demande, le Dr Parenteau, médecin oculiste, pratiqua de nombreux examens ophtalmoscopiques sur les malades que lui adressa le Dr Abel Claude : de ces recherches il put être établi que la céphalalgie du surmenage coïncide toujours avec une augmentation de calibre des vaisseaux veineux du fond de l'œil et avec une diminution du diamètre des vaisseaux artériels. La gracilité de ceux-ci est parfois poussée si loin, qu'on a grand-peine à les retrouver, et que le lacis veineux seul est perceptible.

Du rapport de volume de ces deux circulations, on peut déterminer presque quantitativement l'intensité de la lésion et des

thérapeutiques. C'est ce qui a fait dire avec raison à M. le professeur Huchard: « La médecine doit être définie: la physiologie de la maladie, du malade, du médicament (1). »

désordres qu'elles provoque — renseignement à la fois précieux pour le diagnostiqué et le pronostic.

Le Dr Claude répartit ses maladies en plusieurs séries: médicaments autres que *Pulsatilla*, tels que *Hamamelis* et *Arnica*; *Pulsatilla* à doses fortes; *Pulsatilla* à doses atténuées. *Hamamelis* et *Arnica* ne réussirent chacun que dans un seul cas. Les doses fortes de *Pulsatilla* (X à XXX gouttes de teinture-mère en vingt-quatre-heures) amenèrent toujours un redoublement de souffrance. Seules les doses atténuées déterminèrent d'une façon constante une action favorable. La 3^e dilution (3 doses quotidiennes), amoindissait les douleurs en trois ou quatre jours, puis semblait perdre de son efficacité. Si, au bout d'une semaine, on passait à des doses fortes, les symptômes reprenaient leur intensité première. Mais la 6^e et la 12^e dilution ne tardaient pas à ramener l'apaisement, et l'ophtalmoscope constatait anatomiquement l'amélioration de la lésion fonctionnelle signalée par le malade. Dans une dernière série, le Dr Claude plaça des malades que, d'emblée, il traitait par des doses faibles (24^e et 30^e dilutions), Effet nul; et ce n'est qu'en partant des dilutions inférieures pour s'élever, progressivement, à des atténuations plus hautes, que, l'action curative se révéla, s'accrut, et s'établit définitivement. De là cette prescription, en quelque sorte systématique, que dans ces cas, le Dr Abel Claude formule toujours: 5 doses de *Pulsatilla* 3^e, 2 gouttes dans une cuillerée d'eau pure, une heure avant les grands repas et au coucher; après deux jours de pause, *Pulsatilla* 6^e de la même façon; nouveau repos et successivement *Pulsatilla* 12^e, 18^e, 24^e et 30^e. Terminons en disant que rarement le malade est obligé de dépasser la 18^e dilution. »

Ce dernier exemple prouve incontestablement en faveur de l'action organo-spécifique des médicaments.

(1) *Consultations médicales*, 3^e édition. Paris 1903.

VIII

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède, nous sommes autorisés à conclure :

Définition : « La thérapeutique est l'application à la guérison des maladies de la physiologie de la maladie, du malade, du médicament » (Huchard).

Pour être positive, la thérapeutique doit s'appuyer sur les lois fondamentales suivantes :

I. Loi de R. Arndt. — « Les petites excitations provoquent l'activité vitale; les excitations moyennes l'augmentent, les excitations fortes la jugulent; les excitations exagérées la suppriment. Mais toujours l'action de l'échelle excitatrice est différente suivant les individus; »

II. Loi de Claude Bernard. — « Toute substance qui, à petite dose, produit des effets d'excitation (dynamogénie), entraîne, à haute dose, des effets de dépression (inhibition); »

III. Loi de Hugo Schulz. — « L'action des substances toxiques ou médicamenteuses sur le malade est essentiellement la même que sur l'homme sain; »

IV. Loi de Galien. — « *Contraria contrariis curantur* », c'est la loi des contraires proprement dite, par opposition à la loi des effets superposables. Ses applications sont très restreintes, et se limitent aux cas dont l'étiologie est bien connue, tels que les maladies chirurgicales nécessitant l'intervention opératoire directe, les affections parasi-

taires et les empoisonnements. Elle s'applique encore à la médication palliative (1);

V. Loi de Hahnemann. — « *Similia similibus curantur* ». C'est la loi de similitude, applicable à la plupart des cas d'étiologie inconnue. En d'autres termes : « Le plus prompt et le plus sûr moyen de guérir consiste dans l'emploi d'un médicament capable de faire naître, chez l'homme sain, un ensemble de phénomènes anormaux semblables à l'ensemble de ceux qu'on a constatés chez le malade en traitement ; »

Dans la pratique, cette loi se vérifie par la suivante :

VI. Loi de P. Jousset. — « Un médicament administré à un malade produit un effet diamétralement opposé à celui qu'il produit chez l'homme sain, si toutefois les symptômes éprouvés par le malade sont analogues aux effets physiologiques du médicament . »

Cette loi n'est pas en contradiction avec la loi fondamentale de Hugo Schulz; elle n'est que la traduction aphoristique d'un phénomène clinique, très fréquent, sinon constant ;

VII. Loi de Sieffert. — « L'action des substances toxiques ou médicamenteuses, étant essentiellement la même sur le malade et sur l'homme sain, s'exerce, dans la majorité des cas, au moyen d'une *excitation* sur l'organe et sur l'organisme, excitation qui se traduit, chez l'homme sain, par la production de troubles fonctionnels semblables à ceux que chez l'homme malade elle fait disparaître, pour ramener l'organisme à son fonctionnement normal ; »

(1) Cette loi, par sa formule même, échappe à tous les principes que nous venons d'exposer, et nous ne la citons dans nos conclusions que pour ordre.

« Font exception à cette règle, et obéissent à la loi dite des *effets superposables*, les médicaments qui n'ont dans leur pathogénésie qu'un des deux effets dynamogénique ou inhibitoire, et chez lesquels l'effet thérapeutique vient, par conséquent, se superposer à l'effet physiologique (1).

Dans tous les cas, l'action thérapeutique est indépendante du moment étiologique ; »

VIII. Corollaire de Frédault. — « Si avec l'excitation, le résultat thérapeutique paraît, en effet, l'inverse de l'action physiologique prévue du médicament — ce qui est la démonstration expérimentale de la loi de similitude — c'est que ce résultat thérapeutique n'est pas une action médicamenteuse visible, qu'il n'appartient pas en propre au médicament, et consiste simplement dans le rétablissement des fonctions normales saines ; »

IX. Loi de H. Piedvache. — « Cela étant, le fait le plus remarquable, c'est que l'action pathologique ne se montre pas. Si elle devient visible, il y a aggravation passagère, et celle-ci est inutile ou nuisible. L'atténuation des doses est un moyen d'éviter l'aggravation, et d'atteindre, par conséquent, plus sûrement la guérison. Elle est loin, cependant, d'être toujours nécessaire, et l'absence d'aggravation, dans certains cas avec des doses relativement fortes, est un corollaire aussi inattendu que frappant de la loi de similitude ; »

X. Loi de Léon Simon. — « La dose thérapeutique doit toujours être plus petite que la dose physiologique ; »

XI. 2^e Loi de P. Jousset. — « La loi des semblables

(1) La « loi des effets superposables » est en conformité avec la loi de Schulz, mais échappe indûment à la loi de Hahnemann.

requiert, suivant les circonstances, toutes les doses. On doit choisir, dans la double action du médicament, celle qui est semblable au cas pathologique à combattre, c'est-à-dire, employer les doses infinitésimales pour combattre les symptômes analogues produits chez l'homme sain, par les faibles doses du médicament, et employer les doses pondérables contre les symptômes analogues à ceux qu'on observe chez l'homme sain, par les doses fortes et toxiques ; »

XII. Corollaire de H. Piedvache. — « Les doses petites ou infinitésimales s'adaptent de préférence aux phénomènes d'ordre dynamogénique ; les doses pondérables, moyennes ou fortes, aux phénomènes d'ordre inhibitoire ; »

XIII. 2° Loi de H. Schulz. — « Pour que le médicament agisse conformément à la loi de similitude, il faut le choisir d'après son action spécifique sur l'organe atteint, telle que cette action nous est révélée par sa pathogénésie, et l'appliquer à une dose à la fois proportionnée à cette action et à l'état du malade ; »

XIV. 3° Loi de H. Schulz. — « L'action des doses infinitésimales a sa limite supérieure au point précis où l'atténuation ne peut plus déterminer qu'une intervention de la disposition des atomes dans la molécule ; »

XV. Loi de H. Schultz et de H. Piedvache. — « La détermination de la dose, justiciable, en dernier ressort, de l'expérience, est soumise à plusieurs règles ou conditions, auxquelles on ne peut attribuer rien d'absolu et qui sont ;

- a) La nature du médicament et son action dominante ;
- b) Les lois de R. Arndt et de Claude Bernard ;
- c) La 2° loi de P. Jousset ;

- d) L'idiosyncrasie du sujet;
- e) L'accoutumance au médicament ;
- f) La nature de la maladie ; »

XVI. Loi résolutive de H. Huchard. — La thérapeutique ne peut être que physiologique. »

Pour finir, nous rappellerons ces paroles prophétiques, par lesquelles le D^r P. Jousset terminait, dès 1884, la préface de son *Traité élémentaire de matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive* : « C'est après réflexion que nous avons remplacé dans le titre de cet ouvrage, l'expression de *Thérapeutique homœopathique*, par celle de *Thérapeutique positive*. En effet, il n'y a plus, aujourd'hui, ni allopathes, ni homœopathes, mais des médecins systématiques, et d'autres qui assoient la thérapeutique sur l'expérimentation et sur l'observation. Nous sommes de ces derniers, et nous appelons notre thérapeutique de son vrai nom : la *Thérapeutique positive*. L'homœopathie est une expression de combat qui a cessé d'avoir sa raison d'être à cette heure où la réforme de Hahnemann a pénétré si avant dans la thérapeutique générale ».

D^r G. SIEFFERT.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

PLEURÉSIE GAUCHE CHEZ UNE CARDIAQUE, COMPLIQUÉE D'UNE NEPHRITE INFECTIEUSE

Deux thoracentèses de nécessité, Bryone. Cantharis, arsenic,
Térébenthine, collargol.

X..., 22 ans. — Son père est vivant et bien portant, sa mère est morte il y a huit ans d'un cancer. Enfance malheureuse; à 9 ans son père voulait la tuer; elle en a ressenti un saisissement et depuis a toujours été malade (battements de cœur).

Réglée à 11 ans; règles irrégulières, abondantes, douloureuses.

Depuis trois ans (1899) pertes blanches.

Depuis neuf ans (1893) la malade souffre du cœur.

En 1894, première attaque de rhumatismes articulaires, la malade reste couchée un mois puis, pendant trois mois, marche avec des béquilles. A eu une deuxième attaque en 1899, puis deux autres depuis.

A eu plusieurs fois la grippe, la dernière fois au mois de février 1902; a toujours toussé depuis.

Au mois de mai 1902, étant infirmière à Bon-Secours, elle est tombée malade. Elle ne peut dire ce qu'elle a eu. Elle est restée trois semaines au lit, ressentant de violentes douleurs de tête et toussant beaucoup.

Depuis elle a toujours été très faible, a des battements de cœur, des vertiges, de la céphalalgie, etc., et a toujours toussillé.

Elle a une *endocardite chronique* qui, d'après elle, remonte à 1893; mais à ce moment elle n'a consulté personne à ce sujet, ni dans la suite, si bien qu'on ne peut préciser exactement le début de cette affection.

Début de la pleurésie. — Le 15 décembre 1902 : frisson, fièvre, douleurs violentes dans le côté gauche; respiration pénible.

17 décembre. — La malade entre à l'hôpital Saint-Jacques le 17 décembre, le troisième jour de la maladie. A ce moment : grand abattement, dyspnée intense. On constate un épanchement notable à gauche; la pointe du cœur est déviée d'au moins 5 centimètres à droite, vers l'appendice xiphoïde.

Au cœur, bruit de souffle systolique à la pointe.

Température 38°2.

On fait une première ponction de nécessité, on retire à peu près 3/4 de litre de liquide clair-citrin.

18. — On donne bryone (T. M.) XX gouttes.

Temp. 39°.

19. — Aconit, teinture XX gouttes.

Temp. 39°.

20. — Bryone (T. M.) XXX gouttes.

Temp. 38°,8.

21. — Bryone (T. M.) XL gouttes.

Temp. 38°,8.

Etat de la malade du 18 au 21. Moins de dyspnée, mais la malade est toujours abattue.

22. — Augmentation de l'épanchement; crise de dyspnée.

On donne arsenicum (3°) 0,20/125 gr. et cantharis (3°) X gouttes.

Temp. 37°,6

23. — Nouvelle ponction de nécessité de 1 litre 1/2 de liquide clair-citrin.

On donne cantharis (3°) III gouttes.

Temp. 38°,9.

24. — Cantharis (3°) III gouttes et arsenicum (3°) 0 gr. 20.

Temp. 38°,6.

25. — Même traitement.

Temp. 38°,5.

26. — On donne digitaline (3° déc.) X gouttes.

Temp. 37°,6.

Depuis la dernière ponction, la malade va de mieux en mieux quant à la pleurésie, mais urine difficilement et avec douleur.

27. — L'anurie est presque complète, alors nous prescrivons : digitaline (3° déc.) X gouttes.

Temp. 38°

28. — Sulfate de soude 30 gr. en lavement et digitaline (3° déc.) X gouttes.

Temp. 37°,7.

29. — Arsenicum (3°) 0,20 et bryone (3°) X gouttes.

Temp. 37°,9.

30. — Arsenicum (3°) 0,20.

Temp. 38°,9.

31. — La malade urine peu, très difficilement et avec douleur. L'épanchement n'a pas augmenté.

On donne arsenicum (3°) 0,20 et digitale (6°) II gouttes.

Temp. 38°7.

1^{er} janvier. — N'ayant pas uriné depuis vingt-quatre heures et ne pouvant uriner spontanément, la malade est sondée. Les urines sont troubles et exhalent une odeur putride.

On donne digitale (6°) II gouttes.

Temp. 38°.

2. — La malade a uriné un peu d'elle-même.

On donne cantharis (3°) III gouttes.

Temp. 38°,5.

3. — La malade n'ayant pas uriné et ne pouvant uriner spontanément est sondée de nouveau (2° fois). Urines semblables à celles du premier cathétérisme.

On donne cantharis (3°) III gouttes,

Temp. 37° 4.

4. — Depuis ce jour, la malade urine d'elle-même, mais très difficilement et très peu. La miction est douloureuse. La quantité d'urine en vingt-quatre heures : varie aux environs de 500 gr. Rien à signaler du côté des poumons. La malade est assez abattue.

On continue cantharis (3°) III gouttes.

Temp. 38°1.

5. — Cantharis (6°) III gouttes.

Temp. 38°,2.

6. — Cantharis (6°) III gouttes.

Temp. 38°,4.

7. — Cantharis (3° déc.) V gouttes.

Temp. 39°,2.

8. — Cantharis (3° déc.) V gouttes.

Temp. 38°,2.

9. — Cantharie (12°) II gouttes.

Temp. 38°.

10. — La malade n'ayant pas uriné depuis trente heures on ordonne d'appliquer un cataplasme chaud sur le ventre ; rien qu'à cette vue, la malade urine spontanément environ un litre, urines purulentes, qui exhalent une forte odeur putride.

On donne cantharis (12°) II gouttes.

Temp. 37°,7.

11. — La malade a uriné un peu ; elle est très abattue et somnolente. On fait une ponction exploratrice ; on ramène, au deuxième essai, une petite quantité de liquide citrin louche. L'épanchement est peu abondant,

Résultat de l'analyse des urines.

Le dépôt puriforme, extrêmement abondant, contient :

Des tubes rénaux et des moules cireux ;

Des phosphates ammoniacaux-magnésiens ;

De l'albumine, en assez grande quantité ;

Des globules de pus.

Réaction alcaline. Odeur putride.

On donne : iodium (6°) II gouttes.

Temp. 39°,6.

12. — L'état de la malade étant très grave et la température se maintenant aux environs de 39°,5 ; on donne : collargol, 3 pilules de 0 gr. 01.

Temp. 39°,2.

La malade a uriné d'elle-même.

13. — La malade urine ; elle est un peu moins abattue et se trouve mieux.

Collargol, 3 pilules de 0 gr. 01.

Temp. 38°,2.

14. — Le mieux s'accroît.

/ Collargol, 3 pilules de 0 gr. 01.

Temp. 38°,2.

Urines toujours peu abondantes.

15. La malade se trouve bien mieux, cause, demande à manger. Les urines, quoique peu abondantes, sont moins troubles ; le dépôt puriforme est moins abondant et d'odeur beaucoup moins putride.

Collargol 3 pilules de 0 gr. 04.

Temp. 38°,2.

16. — Le mieux continue.

Collargol 4 pilules de 0 gr. 01.

Temp. 38°.

17. — La malade a moins uriné; les urines sont très foncées en couleur. La malade est plus abattue que les jours précédents.

Collargol, 4 pilules de 0 gr. 01.

Temp, 38°.

Analyse des urines :

Urée, 11 gr.

Densité, 1.023.

18. — Etat général meilleur.

Urines, 200 gr., contenant du sang.

Collargol, 4 pilules.

Temp. 37°,8.

19. — Quoique la température aille en diminuant, les urines restent mélangées de sang; la malade se plaint d'une sensation de brûlure en urinant et de douleurs dans les reins, surtout du côté gauche. Urines 650 gr.

On donne: térébenthina (1^{re} dil. déc.) X gouttes, à cause de la présence du sang dans les urines.

Temp. 37°,8.

20. On continue térébenthina (1^{re} dil. déc.) XII gouttes.

Temp. 38°,1.

21. — Bien que la température soit de 37°,4, la malade, à neuf heures du matin, est dans un grand état de prostration.

Elle répond avec peine aux questions qu'on lui pose et a l'air de sortir d'un rêve; elle a le regard vague, les papilles dilatées, le facies grippé et livide. Pouls petit,

régulier, a 100 pulsations à la minute. Respiration irrégulière et suspicieuse. Le pronostic paraît très grave.

Urines, 500 grammes environ, toujours chargées de sang; le dépôt puriforme est bien moins abondant.

On donne : belladone (T. M.) III gouttes et glonoïne (1^{re}) X gouttes en 2 potions, à prendre alternativement une cuillerée toutes les heures.

A 11 heures du matin, la malade se sent un peu mieux et répond plus facilement aux questions qu'on lui pose.

Vers 2 heures, la malade urine (environ 400 gr.) et immédiatement se sent mieux. La prostration disparaît; le faciès redevient bon et la malade exprime le désir de manger.

Temp. 37.4.

22. — Le mieux s'est maintenu; pas de température. Etat général bon.

Urines, 750 gr., moins chargées de sang.

On continue : belladone (T. M.) III gouttes.

Temp. 38.

23. — Malade un peu plus abattue; a uriné à peine 500 gr.

On continue belladone (T. M.) III gouttes.

Temp. 39°.

24. — Matin, la température est retombée à 37°.

La malade a peu uriné. L'état général est cependant bon.

Ou donne : belladone (T. M.) III gouttes et cantharis (3°) III gouttes.

Les urines sont moins rouges mais contiennent encore du sang.

Temp. 39°,5.

25. — La température se maintenant le soir à 39°,5.

On donne : collargol 4 pilules.

Temp. 38°,2.

26. — La malade a uriné 1 litre environ ; l'urine est moins colorée et ne renferme plus de sang. On continue collargol (4 pil.).

Temp. 38°,2.

27. — On donne collargol (4 pil.). T. 37°,8.

28. — On donne collargol (4 pil.). T. 37°,3.

29. — L'état général est bon. La malade souffre peu, urine 1 litre environ par jour depuis quelques jours ; les urines sont moins colorées ; le dépôt puriforme est moins abondant.

Du côté de la plèvre : l'épanchement est complètement résorbé ; la matité a presque complètement disparu et la respiration s'entend dans toute la hauteur du poumon.

La malade demande à manger ; on lui permet deux potages et un œuf par jour.

On continue collargol (3 pil.). T. 36°,4.

30. — Le mieux persiste. Même régime.

On donne collargol (2 pil.).

31. — On donne collargol (2 pil.).

1^{er} février. — Le mieux continue. Les urines sont plus abondantes (1 litre à 1 litre 1/2), moins colorées, ne renferment plus de sang.

On donne collargol (2 pil.). T. 37°,2.

2. — La malade, un peu plus abattue, se plaint de douleurs dans le rein gauche.

On donne cantharis (6°) II gouttes.

3 et 4. — La malade va mieux ; elle mange un œuf ; elle urine un peu plus. Pas de fièvre. On continue cantharis (6°) II gouttes.

5 et 6. — Amélioration continue. Pas de fièvre; même traitement.

7. — La malade se plaint de tousser et on lui donne : Hepar sulfuris (6°) II gouttes.

8, 9, 10, 11, 12. — L'amélioration se maintient.

Pas de fièvre. Même traitement. Urines 1 litre 1/2 environ.

13. — La convalescence continue. Apyrexie. Urines (1 litre 1/2 environ en vingt-quatre heures) claires. Plus de douleurs dans les reins.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire s'entend partout. On perçoit quelques frottements pleuraux du côté gauche en arrière.

Le cœur est revenu en place; on entend toujours nettement le souffle de l'insuffisance mitrale.

15 février. — La convalescence s'accroît, les forces reviennent. La malade mange; elle vient d'avoir ses règles.

Les urines semblent naturelles, elles ne contiennent ni pus, ni sang, ni albumine; centrifugées elles permettent de constater encore la présence de tubes rénaux.

Réflexions. — Cette observation est doublement intéressante au point de vue nosographique et du traitement.

D'une constitution misérable, présentant les stigmates de l'hystérie, ayant subi plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, dont elle a gardé une affection mitrale remontant à plusieurs années, cette malade a présenté, dès le début de graves complications; l'épanchement situé à gauche et abondant comprimait un cœur déjà malade, aussi fûmes-nous contraints dès les premiers jours de la maladie de pratiquer deux thoracentèses de nécessité. Après les ponctions et sous l'influence de la

bryone et de cantharis l'état s'était beaucoup amélioré, quand survinrent, du côté des organes urinaires, des troubles imputables en partie à l'hystérie, mais cependant que la suite des accidents nous força bientôt de rapporter à une néphrite infectieuse.

Le premier symptôme fut l'oligurie, puis des urines d'abord sanglantes et contenant bientôt un dépôt purulent très abondant, d'une odeur infecte. En même temps le malade accusait les douleurs internes dans la région du rein gauche.

Le mouvement fébrile, qui avait cessé depuis quelque temps, réapparut assez élevé ($39^{\circ},5$). Cette circonstance nous décida à essayer le *collargol*. Ce médicament fut prescrit à l'intérieur à la dose de 4 centigrammes en 4 pilules. Sous son influence la fièvre décrut rapidement en même temps que la malade accusait un mieux considérable. Cette médication fut continuée sept jours; puis le mouvement fébrile était tout à fait tombé et la malade, dont les urines avaient cessé d'être purulentes, ayant été prise d'hématurie, je prescrivis la *térébenthine*.

C'est à ce moment qu'elle a présenté des accidents bizarres, à la visite du matin elle offrait les apparences d'une affection cérébrale. Dans un demi-sommeil, répondant par un murmure indistinct aux questions qu'on lui posait, son strabisme naturel énormément exagéré, une respiration suspireuse, la pupille dilatée, sans fièvre, plutôt un peu refroidie.

Sous l'influence de *belladone* (T. M.) à la dose de III gouttes et de la *glonoïne*, cet état disparut rapidement dans le cours de la journée.

Quatre jours après cet accident le mouvement fébrile était revenu, *collargol* fut prescrit de nouveau de la même

manière et sous son influence la fièvre cessa rapidement.

Ce fut là le dernier incident ; la convalescence marcha rapidement, l'épanchement est tout à fait résorbé, le cœur à sa place avec son ancienne lésion mitrale, les urines sont normales comme quantité et comme composition chimique, cependant elles présentent encore quelques tubes rénaux, preuve que le rein n'est pas encore complètement guéri.

Beaucoup d'enseignements sont à tirer de cette observation. Nous nous bornerons à faire remarquer l'action antipyrétique évidente du *collargol* dans ce cas particulier.

21 mars. — La malade est toujours dans les salles et elle présente encore les signes affaiblis de la néphrite infectieuse qui a failli la tuer. Les urines contiennent encore des cylindres, mais pas d'albumine.

Elle a eu à deux jours différents des symptômes de néphrite aiguë, du 18 au 22 février et du 7 au 11 mars ces deux crises ont été arrêtées par cantharis (6°).

Le collargol donné pendant douze jours à la dose de 0 gr. 04 par jour est resté sans effets sur l'affection rénale. Aujourd'hui la convalescence semble définitive.

ENDOCARDITE RHUMATISMALE. COMPENSATION DÉTRUITE. BONS EFFETS DE CRATÆGUS, DE CACTUS ET SURTOUT DE DIGITALINE.

Marie G... âgée de 29 ans, femme de chambre, entrée le 29 décembre 1902 à l'hôpital Saint-Jacques dans la grande salle n° 12.

Cette jeune fille, dont la mère paraît avoir succombé à une affection du cœur, a eu trois attaques de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 18 ans, de 26 ans et de 28 ans.

La première attaque aurait duré trois semaines et les deux autres seulement huit jours.

Ce serait seulement en septembre 1900, après la seconde attaque, qu'on aurait constaté à Beaujon, l'existence d'une affection cardiaque, caractérisée à ce moment par une dyspnée considérable, de l'œdème des membres inférieurs et des paupières, des vomissements et une albuminurie notable (4 grammes d'albumine). Depuis ce moment elle est continuellement malade et passe de Beaujon à la Charité, puis à Lariboisière et ne s'est jamais rétablie complètement.

A son entrée à l'hôpital Saint-Jacques, elle présente les symptômes qui chez elle, accompagnent toujours ces crises cardiaques, accès de dyspnée, impossibilité de marcher, vomissement, œdème des malléoles et des paupières ; il existe un bruit de souffle au premier temps et à la pointe accompagné d'irrégularité dans les battements. Signes d'œdème à la base du poumon. Le foie ne déborde pas les fausses côtes ; il existe 50 centigrammes d'albumine par litre dans les urines. Nous prescrivons la spartéine à la dose de 5 centigrammes par jour sans grand succès. A partir du 29, nous prescrivons le cratægus, XV gouttes de teinture-mère par jour.

Sous l'action de cratægus la malade accuse un mieux sensible ; les battements du cœur se régularisent en même temps qu'ils deviennent plus forts ; le sommeil est revenu ; la malade se lève et peut marcher sans oppression.

Le 9 janvier l'amélioration s'arrête et rétrograde ; nous prescrivons alors cactus 6°, 11 gouttes. Ce médicament fait une légère amélioration. Alors nous mettons la malade à l'usage de la digitaline cristallisée VI gouttes par jour, de la 3^e dilution décimale. La malade prend ce médicament pen-

dant douze jours ; elle se repose quatre jours et elle le reprend.

Sous l'influence de ce traitement, tous les symptômes disparaissent ; la malade a les apparences de la santé et sort de l'hôpital.

**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU SUIVI DE LA VARIÉTÉ DE FORME
BENIGNE DE LA FOLIE CONNUE SOUS LE NOM DE STUPIDITÉ.
GUÉRISON PAR HELLÉBORE.**

Louis D..., âgé de 18 ans tourneur sur métaux, entre à l'hôpital pour rhumatisme articulaire aigu le 13 janvier.

C'était sa première attaque et sa première maladie.

Il souffrait peu et les douleurs passaient d'un genou à l'autre. Son cœur était déjà atteint lors de son entrée et à l'auscultation on entendait un souffle très net d'insuffisance mitrale.

On prescrit aconit T. M. XX gouttes et il reste sous l'influence de ce traitement jusqu'au 20. Le 21 on donne Bryone T. M. X gouttes.

Le malade est un sujet impressionnable, très inquiet sur l'issue de sa maladie. Pleurant pour la moindre aggravation.

A ce moment survinrent des désordres cérébraux assez particuliers. La mélancolie du malade augmente. Il cesse de parler, répond très difficilement aux questions posées, qu'il semble mal comprendre. Il a le regard vague, les yeux grands ouverts, les pupilles très dilatées. Rien ne peut le faire sortir de son mutisme. On prescrit successivement. Belladone T. M. III gouttes, Hyosciamus, Anacardium et l'Hellébore.

Cet état persista une quinzaine de jours sans amélioration.

Les rhumatismes avaient disparu en partie. Louis D... se levait mais paraissait ne s'intéresser à rien de ce qui se passait autour de lui. Un jour la sœur de la salle l'ayant conduit à la chapelle il ne voulut pas y rester remonta en pleurant auprès de son lit et déclara qu'il n'avait pas été dans une chapelle.

Au bout de quinze jours le jeune malade parut sortir peu à peu de son état. Il s'intéressa aux parties de cartes que jouaient ses voisins. La sœur le pria de rendre quelques services dans la salle il s'y prêta ne s'acquittant pas mal de ses fonctions d'infirmier en second ; son rhumatisme étant guéri, on le mit, en raison de l'état de son cœur, au traitement de la digitaline à petites doses une potion de XX gouttes pour trois jours. Lors de la fin de son séjour à l'hôpital il fut pris d'une diarrhée très abondante 10 à 12 selles par jour, que corrosivus (3°) et arsenic (3°) ne tardèrent pas à arrêter.

Quand le 26 il nous quitta, son état mental était presque normal il est revenu depuis nous voir et j'ai pu constater qu'il est définitivement guéri.

SOMNAMBULISME PATHOLOGIQUE.

Mlle N..., âgée de 5 ans 1/2, sa mère et sa grand'mère sont hystériques, son oncle est atteint de neurasthénie, l'enfant est très intelligente et d'une bonne santé habituelle.

Je fus appelé le 22 janvier pour la voir ; elle se plaignait d'une céphalalgie violente, siégeant dans le front, sans fièvre, sans vomissements et sans constipation. Sous l'influence de belladone (6° dilution), cette céphalalgie disparut rapidement sans laisser de traces.

Je fus rappelé le 30 janvier. La veille, pendant le dîner,

l'enfant, grondée par son père, avait tout à coup poussé des cris de terreur et, dans une course désordonnée, s'était enfuie à l'extrémité de l'appartement. Là, elle fut prise de peur, d'une sorte de tremblement, puis revint à l'état normal. Ses parents avaient remarqué que, ce jour, l'enfant avait été toute somnolente.

En raison de la frayeur qui avait caractérisé cet accès, je prescrivis opium (3^e trituration). Ce médicament resta sans effet. Le lendemain, vers la fin du jour, l'enfant s'endormit sur une chaise longue, fut prise au milieu de ce sommeil de cris de terreur suivis d'une course à travers l'appartement et terminée par des tremblements.

Ces accès se répétèrent les jours suivants, ayant toujours ce caractère de survenir après un premier sommeil, d'être caractérisés par des cris de frayeur et l'impulsion à courir, en sorte que la nuit, l'enfant se jetait au bas de son lit pour gagner l'autre extrémité de la chambre. Les accès se terminaient toujours par des pleurs, un tremblement et la sensation de quelque chose de très indéterminé qu'elle voulait chasser de son creux de l'estomac et de son ventre. Enfin, l'enfant n'avait qu'un souvenir confus de ces accès, et ne pouvait se rappeler le sujet de son délire et la cause de ses frayeurs. Il y avait donc là de vrais accès de somnambulisme.

Cicuta virosa était le médicament de choix. Prescrit à la 3^e dilution le 30 janvier, il resta presque sans effet. Le 2 février, je changeai la dilution ; je donnai *cicuta* (6^e dilution), 11 gouttes ; le soir même, l'accès fut beaucoup plus faible et beaucoup plus court, et jusqu'à aujourd'hui, 20 mars, les accès n'ont pas reparu.

D^r P. JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

LE COLLARGOL

Le collargol s'obtient par la réaction du sulfate de fer sur le nitrate d'argent. Il se présente sous l'aspect de petites paillettes noires à reflets métalliques : c'est de l'argent à l'état *colloïdal*, c'est-à-dire ayant la propriété de se mélanger facilement avec l'eau, jusqu'au 20°, d'être incristallisable et indialysable. Ce corps, découvert par Carey Léa, contiendrait 97 p. 100 d'argent.

Il y a environ deux mois M. Netter, dans une communication, faite à la Société médicale des hôpitaux, a annoncé que le collargol constituait à la fois le plus puissant et le moins dangereux de tous les antiseptiques; que toutes les maladies infectieuses : diphtérie, fièvre typhoïde, pneumonie, endocardite, rhumatisme, etc., cédaient en quelques jours à l'action de ce médicament. Et aujourd'hui il n'est plus question du collargol!

Le collargol n'était digne ni de cet excès d'honneur, ni de cette ignominie. Nous pensons que, sous la forme colloïdale l'argent constitue un médicament précieux mais à la condition qu'on en précise les indications; ce qui peut se faire par l'expérimentation et la clinique et non avec les emballlements sur les maladies infectieuses et les antiseptiques.

Depuis deux mois nous avons traité quelques malades par le collargol et expérimenté ce médicament sur le lapin.

La première malade était atteinte de granulie, elle a reçu 3 injections de collargol ; et elle est morte le quatrième jour du traitement.

Nous avons employé le collargol dans deux cas de néphrite infectieuse dont nous allons rapporter à grands traits l'histoire.

La première est une jeune fille hystérique, portant une lésion mitrale d'origine rhumatismale, entrée à l'hôpital Saint-Jacques pour une pleurésie gauche.

La complication de l'affection cardiaque amena rapidement chez cette malade des symptômes fort inquiétants, et à quelques jours de distance nous fûmes obligés de pratiquer deux fois la *thoracentèse de nécessité*.

Sous l'influence de *Bryone* et de *Cantharide* la pleurésie se résolvait, quand la malade fut prise de rétention d'urine ; qui obligea à un cathétérisme suivi, quarante-huit heures après, de tous les symptômes d'une néphrite infectieuse : douleur violente dans la région rénale gauche, ascension thermique intense, urines rares, fétides et contenant de grandes quantités de pus.

Le collargol, administré à l'intérieur, à la dose de 0,04 cent. en 4 pilules, détermina une amélioration manifeste déjà après vingt-quatre heures. Trois jours après le mouvement fébrile était tombé, les urines abondantes étaient à peine purulentes.

Quelques jours après, la malade étant retombée, le même traitement eut le même succès, et aujourd'hui la malade est entièrement guérie.

La seconde malade est jeune, atteinte d'une néphrite chronique interstitielle avec des urines pâles, louches, à dépôt purulent, atteignant le volume d'au moins deux litres par jour, et ne contenant qu'un gramme et demi à

3 grammes d'urée. Nous soupçonnons, mais nous n'avons pu déterminer la nature tuberculeuse de cette néphrite.

Cette malade est entrée à l'hôpital Saint-Jacques pour des accidents de néphrite aiguë, et cette complication se reproduit chez elle de temps à autre, surtout si elle se fatigue ou fait un écart de régime.

Voici les symptômes de ces recrudescences inflammatoires : mouvement fébrile intense, douleur vive dans la région du rein gauche, s'irradiant jusque dans la vessie, urines moins abondantes, très souvent teintées par du sang en rouge plus ou moins foncé, et contenant une quantité variable de pus.

Ces complications ont toujours été arrêtées après deux ou trois jours de l'administration du collargol sous forme pilulaire à la dose de 0,04 centigrammes par jour.

Chez cette malade le collargol ayant été continué, en vue de modifier la néphrite chronique, la malade a présenté des accidents, dus au médicament. Ce sont d'abord des maux de tête très violents, cédant immédiatement quand on cesse le médicament. Le second accident est constitué par une diarrhée très abondante et très fréquente (quinze à vingt selles par jour), s'accompagnait de violentes coliques, et cédait toujours à la cessation du médicament et à la prescription de 3 gouttes par jour de *Veratrum album*.

Nos expériences sur les lapins vont nous donner l'intelligence de quelques-uns des symptômes éprouvés par nos malades.

Ces expériences ont été commencées le 19 janvier 1903, et les lapins n'ont succombé que le 15 mars, ce qui prouve

que le collargol est peu toxique. Le médicament a été administré en injections intra-musculaire, intra-veineuse, et intra-péritonéale. Au commencement nous avons employé une solution au 1/100 dont le lapin recevait seulement 1/4 de centimètre cube. Peu à peu nous avons porté la dose à 2 centimètres cubes, enfin à partir du 21 février nous avons employé une solution au 1/10 à la dose de 2 centimètres cubes par jour, et quelquefois répétée deux fois par jour. Enfin à un de nos lapins qui, tout en présentant des symptômes très marqués, résistait cependant au médicament, nous avons ingurgité dans l'œsophage 2 centimètres cubes d'une solution au 1/10. Ce dernier mode a déterminé une diarrhée formidable, et la mort au bout de trois jours.

Voici dans les grandes lignes les phénomènes observés.

Le collargol a déterminé chez les lapins une élévation de température variant de 5/10 de degré à 1 degré de l'état normal, et porté, accidentellement et pour un jour seulement, à 1 degré 1/2 et même 2 degrés : Ce médicament est donc pyrétogène. Les deux lapins ont succombé à une diarrhée violente, même celui des deux animaux qui n'avait jamais reçu que des injections intra-musculaires.

Les urines recueillies dans la vessie à l'autopsie étaient albumineuses.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les muscles de la cuisse qui ont reçu des injections présentent d'énormes infarctus d'argent colloïdal, qui n'a point été absorbé, et qui donne aux tissus une apparence truffée; il n'existe aucune trace de suppuration ni même d'inflammation.

Ces infarctus sont dus à ce fait que le collargol n'est pas soluble au dixième.

La *péritoine* présente un liquide sanguinolent très abondant, même chez le lapin qui n'a jamais reçu d'injection intrapéritonéale.

Le *rein* et le *foie* sont très congestionnés; le lobe inférieur du *poumon* splénisé ne flotte pas sur l'eau.

L'examen histologique, confié à M. Lefas, n'est pas encore terminé.

L'admiration que nous professons pour l'enthousiasme naïf des médecins allopathes vis-à-vis des nouvelles découvertes thérapeutiques est sans borne. Il suffit qu'un médicament nouveau soit annoncé comme guérissant tous les maux pour que ces disciples de Galien portent aux nues cette nouvelle panacée, jusqu'au jour prochain où ils la jetteront aux gémonies.

Cette façon puérile de comprendre les problèmes, pourtant si graves, de la thérapeutique est la conséquence directe de la doctrine étiologique en thérapeutique. (*Communication à la Société française d'homœopathie.*)

Dr P. JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE

DE L'ACNÉ PROFESSIONNELLE CHEZ LES FABRICANTS DE CHLORE

Les ouvriers qui, à l'aide de l'électrolyse, séparent le chlore du chlorure de sodium, sont exposés à une acné généralisée qu'on a décrit sous le nom d'acné chlorique bien que le chlore ne soit pour rien dans sa production. Le docteur Jaquet, ancien professeur de médecine à Bâle, qui a publié un article sur ce sujet dans la *Semaine médi-*

cale (31 décembre 1902), a démontré que ni le chlore, ni l'hypochlorite de soude, ni les autres gaz qui se forment pendant la fabrication du chlore ne devaient être incriminés. Cet auteur, d'exclusion en exclusion, est arrivé à admettre que la soude devait être reconnue comme la cause de cet acné.

Les caractères présentés par cet acné professionnelle sont assez remarquables. L'éruption n'est point bornée à la face et aux parties découvertes, mais elle occupe la généralité du corps, le dos, la poitrine, le ventre, les cuisses, les parties génitales. La variété de l'acné produite la plus commune est celle qu'on a appelée *punctata* ; elle est représentée par une infinité de petits points noirs occupant l'orifice des follicules sébacés. On dirait qu'elle aurait été produite par la décharge à bout portant d'un fusil chargé à poudre.

A côté de ces petites lésions, on rencontre des boutons d'acné pustuleuse, des vésicules remplis d'un liquide séreux, de petites pustules, des comédons volumineux, des kystes sébacés même, plus ou moins volumineux.

Au début la peau qui entoure ces lésions est enflammée; plus tard elle ne présente aucune manifestation inflammatoire.

Ces faits d'hygiène professionnelle nous intéressent surtout au point de vue thérapeutique. Il est de tradition, dans notre école, de traiter l'acné par le sodium et le potassium, et cette pratique nous est venue de l'expérience vulgaire de l'acné qu'engendrent presque toujours les médications par l'iodure de potassium et l'iodure de sodium.

Un certain nombre de médecins pensent que l'action des médicaments employés contre l'acné, tient plutôt à

l'iode qu'au sodium et au potassium. Nous objectons à cette manière de voir la différence d'action des deux sels. Si c'était l'iode qui agissait dans la guérison de l'acné, il serait indifférent de prescrire l'iodure de sodium ou l'iodure de potassium, puisque dans les deux cas, le malade prendrait de l'iode ; or, la clinique nous a enseigné il y a bien longtemps que certaines acnés demandaient principalement l'iodure de sodium et d'autres l'iodure de potassium ; le dernier étant surtout indiqué dans les formes inflammatoires de l'acné.

L'histoire de l'acné professionnelle chez les ouvriers employés à extraire le chlore des sels de sodium est une démonstration très nette de l'action du sodium dans la production de l'acné ; et, par application de la loi des semblables, des indications du sodium pour la guérison de la même maladie.

Evidemment, le complément de la démonstration ne peut être donné que par l'emploi du sodium et sa réussite dans le traitement de l'acné.

A l'occasion de cette note, je tiens à faire remarquer combien l'action thérapeutique de l'iodure de sodium ou même de potassium est supérieure non seulement aux traitements par la levure de bière, les sulfureux, les caustiques et même la belladone et la pulsatile préconisées par certains homœopathes.

Maintes fois nous avons constaté la disparition rapide de l'acné vulgaire, sous l'influence d'une troisième dilution d'iodure de sodium répétées trois fois par jour.

WAGNER.

THÉRAPEUTIQUE

VACCINATION ANTI-TUBERCULEUSE

M. Chemnisse publie, dans la *Semaine Médicale* (18 mars 1903) un résumé d'un travail de M. Behring sur la vaccination antituberculeuse dans l'espèce bovidée.

M. Behring emploie pour cette vaccination une culture de tuberculose humaine atténuée par des cultures artificielles sur pomme de terre, sans jamais passer par un animal. Cette culture serait âgée de huit ans. Remarquons deux choses : d'abord l'origine du vaccin, emprunté à la tuberculose humaine ; et ensuite son atténuation par des cultures artificielles continuées pendant des années sans aucun passage par l'animal.

M. Behring a choisi la tuberculose humaine pour la vaccination du veau, parce qu'il a reconnu expérimentalement que cette tuberculose était bien moins virulente pour les bovidés que la tuberculose bovine. Et nous remarquons à ce propos que tout en admettant que le bacille de Koch, qui se développe sur les oiseaux, sur les bovidés ou sur l'homme, appartient à une même espèce végétale, nous n'hésitons pas à reconnaître que les tuberculoses humaine, bovine, aviaire, constituent trois variétés, fort importantes parce que la virulence de ces trois bacilles de Koch très grande pour l'espèce qui l'a produite et nourri, est très certainement beaucoup moins grande pour les autres espèces.

L'absence à peu près complète de la virulence de la tuberculose aviaire pour l'homme et de la tuberculose humaine pour les gallinacées est démontrée depuis longtemps. Le même fait a été proclamé par Koch à propos de la tuberculose bovine et humaine ; et, en supposant que l'opinion de Koch soit exagérée, il résulte néanmoins des travaux qui ont été faits sur ce point particulier, dans ces dernières années, que la virulence de la tuberculose humaine et bovine est très atténuée quand on veut transmettre la tuberculose bovine à l'homme ou la tuberculose humaine aux bovidés.

Ces différences ont une importance pratique considérable. Behring vient de le montrer en employant la tuberculose humaine pour vacciner les bovidés. Il y a près de vingt ans que j'essaie, avec des succès divers, la tuberculose aviaire dans le traitement de la tuberculose humaine.

Le second point que nous voulons faire remarquer c'est l'atténuation de virulence obtenue par des cultures artificielles prolongées pendant des années sans passage à travers l'animal.

M. Behring, pour atténuer encore davantage son premier vaccin, s'est servi de culture de tuberculose humaine sur sérum glyciné, complètement desséché dans le vide.

La première injection intra-veineuse est faite à la dose de 0,004 milligrammes. Les bacilles sont soigneusement broyés dans un mortier d'agate et émulsionnés dans une solution d'eau salée à 1 pour 100. L'injection se fait dans la jugulaire.

Quoique la dessiccation enlève à la culture 80 0/0 de son poids, et que la dose injectée corresponde exactement à 0,02 centigrammes de culture fraîche, il n'y a point d'accident parce que la dessiccation diminue considérablement la virulence du bacille tuberculeux.

La seconde inoculation n'a lieu qu'un mois après. On injecte de la même façon 0,01 cent. de la même culture fraîche, également broyée avec soin et diluée.

Après cette seconde inoculation pratiquée sur des animaux n'ayant pas dépassé douze mois, l'immunité est acquise contre des inoculations virulentes, mortelles pour les témoins.

M. Behring remarque que si les animaux inoculés sont absolument sains, ils ne réagissent pas contre les inoculations ; au contraire, s'ils sont porteurs de lésions tuberculeuses, l'inoculation provoque un mouvement fébrile très intense.

Plusieurs animaux ainsi vaccinés et soumis ensuite à une inoculation intensive furent sacrifiés un an et demi après et à leur autopsie on n'a jamais trouvé de lésion tuberculeuse.

D'autre part, l'épreuve de la tuberculine donne chez les animaux vaccinés un résultat négatif.

M. Thomassen, professeur à l'école vétérinaire d'Utrecht, a confirmé les résultats de Behring par une série d'expériences, faites avec une technique un peu différente. M. Thomassen emploie cependant la tuberculose humaine atténuée par une culture artificielle, sans passage par animal, pendant un an. La différence avec Behring est qu'il emploie sa culture fraîche, au lieu de la faire dessécher.

M. Thomassen est arrivé par cette vaccination à immuniser complètement les jeunes veaux. Nous ne voulons retenir qu'une seule chose : c'est que dans une expérience où on injecta 0,03 cent de culture fraîche, le veau succomba vingt jours après à une granulie aiguë. D'où la conclusion qui s'impose d'adopter le procédé de dessiccation qui semble mettre à l'abri de tout accident.

M. Behring signale que les vaccinations qui sont sans aucun inconvénient chez les veaux âgés de moins d'un an, peuvent déterminer sur ceux qui sont plus âgés une réaction assez violente pour mettre la vie de l'animal en danger par un œdème suraigu du poumon.

Il semble que ces accidents d'œdème aigu pulmonaire provoqués par la vaccination chez les animaux âgés de plus d'un an doivent tenir à l'existence encore latente de lésion tuberculeuse chez ces animaux.

On voit que nous sommes encore bien loin de la possibilité de l'application de cette vaccination à l'enfant. M. Behring estime qu'on devrait opérer cette vaccination chez des nouveau-nés, et devant la responsabilité énorme d'une semblable tentative, il propose d'utiliser pour cette vaccination les *anticorps* (1) provenant d'animaux immunisés contre la tuberculose, et introduits par la voie stomacale.

En résumé, M. Behring se propose d'essayer d'immuniser des nourrissons en les alimentant avec du lait provenant de vaches vaccinées contre la tuberculose.

D^r P. JOUSSET.

(1) *L'Anticorps* ou *sensibilisatrice*, nom donné à des substances qui existent à un très faible degré dans le sérum normal de certains animaux, mais qui atteignent une grande énergie à la suite d'injection de sérum d'un animal d'espèce différente, mais principalement à la suite d'injection des produits microbiens, L'anticorps est l'agent qui fait agglutiner les bacilles; c'est aussi celui qui vaccine et qui guérit. En un mot, c'est à l'anticorps que les sérums immunisants et thérapeutiques doivent leur action.

LES TIQUES DANS LA PROPAGATION DES PIROPLASMOSES

Dans la séance du 31 janvier, M. Megnin, avec sa grande autorité, conteste les assertions de M. Laveran sur l'acariologie. « Quant aux expériences que l'on invoque, dit M. Megnin, des savants aussi considérables que M. Kilborn et consorts, en ont fait auxquelles on ne pense plus, témoin celle de Davenes, démontrant que la mouche bleue est une propagatrice du charbon, la mouche bleue ! Une mouche de cadavre, frais ou non, qui ne va jamais sur le vivant.

MÉDECINE PRATIQUE

LA CLINIQUE ET LA BACTÉRIOLOGIE

Il ne faudrait pourtant pas que les immenses progrès réalisés dans ces dernières années dans les sciences bactériologiques fissent rétrograder la clinique au-delà des époques de Sydenham et Torti.

M. Jancso, médecin hongrois, nous rapporte une observation de fièvre intermittente pernicieuse apoplectiforme qui nous a suggéré ces réflexions. (*Semaine médicale*, numéro V, page 40.)

Cette observation se rapporte à un jeune homme de dix-neuf ans, qui, à son entrée à la clinique, tomba frappé d'attaque d'apoplexie, suivie d'hémiplégie droite et d'aphasie. On constata en même temps un mouvement fébrile intermittent, caractérisé par des accès commençant par un frisson, pendant lesquels la température s'élevait à 40°, et qui se terminaient par des sueurs très copieuses.

Autant qu'on peut en juger d'après l'observation, le mouvement fébrile aurait été tierce. Après s'être demandé s'il s'agissait d'une hémorrhagie cérébrale, d'une méningite purulente ou tuberculeuse, d'un cas d'intoxication saturnine ou d'un cas d'urémie, on pensa à la fièvre intermittente et on chercha dans le sang le parasite de cette maladie.

Ayant trouvé dans quelques globules rouges les plasmodies précoces de la fièvre intermittente, M. Jancso fit une ponction de la rate afin de s'assurer du diagnostic et c'est alors qu'après avoir laissé le malade subir plusieurs accès, il institua le traitement spécifique qui amena sa guérison.

Nous trouvons dans ce fait un luxe à la fois bien inutile et bien dangereux de recherches bactériologiques ; nous disons bien dangereux, parce que pendant tous ces examens, qui ont précédé l'administration du sulfate de quinine, le malade pouvait être pris d'un accès mortel. L'ensemble des symptômes, présentés par le malade, ne permettait aucune hésitation au clinicien. Un mouvement fébrile qui survenait par accès, commençait par un frisson, atteignait une température de 40° et se terminait par une sueur abondante avec apyréxie complète, constitue un ensemble de symptômes qui ne laissent place à aucun doute et indiquent le sulfate de quinine.

Je remarquerai en outre, que le médecin hongrois me paraît tout à fait étranger aux travaux de Maillot et de Bonnet. Ces médecins, qui ont pratiqué en Algérie, ont publié un très grand nombre d'observations de fièvre intermittente apoplectiforme. Ils la considèrent comme une des formes les plus fréquentes de la fièvre pernicieuse, quoique M. Mannaberg n'en ait trouvé que douze cas dans la littérature médicale, preuve qu'il est fort mal documenté.

La lecture de ces observations démontre l'extrême gravité de cette forme morbide; la mort est fréquemment signalée après le troisième et le quatrième accès. Il est vrai que nous devons ajouter que Maillot tout au moins, élève de Broussais, ne se croyait pas permis d'administrer le sulfate de quinine avant d'avoir combattu la gastrite qui, suivant lui, accompagnait toujours les fièvres intermittentes. Et quel traitement! 80 à 100 sangsues, moitié sur l'épigastre, moitié sur le trajet des jugulaires, le tout précédé d'une saignée d'une livre. Vingt-quatre heures après on se croyait permis d'administrer le sulfate de quinine, mais souvent trop tard. L'accès revenait et le malade succombait dans la période de chaleur.

La lecture des pages que Maillot a consacrées à l'histoire des observations de fièvre pernicieuse chez nos jeunes soldats, laisse une impression de tristesse pénible et de dégoût pour cet esprit systématique qui se jouait ainsi de la vie des hommes.

La recherche du protozoaire de la fièvre intermittente dans le cas rapporté par M. Jancso, me semble devoir être rangée à côté du traitement de la gastrite par la saignée et les sangsues.

D^r P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. CRYOSCOPIE DU LAIT ET ADULTÉRATION DU LAIT. — II. INTOXICATION SATURNINE CHEZ DEUX OUVRIERS SERTISSEURS DE

PEKLES FINES : SATURNISME ET APPENDICITE. — III. INTOXICATION MORTELLE PAR LA COLCHICINE A DOSE THÉRAPEUTIQUE. — IV. TROIS OBSERVATIONS D'ORCHITE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — V. CHOLÉCYSTITE SUPPURÉE SIMULANT LES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE ET TERMINÉE PAR LE SYNDROME DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE. — VI. ANGIO-CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE SUPPURÉE ; VALEUR DIAGNOSTIQUE DE L'EXAMEN DU SANG.

I

(Séance du 27 février). — M. PARMENTIER lit un long mémoire sur la *cryoscopie du lait et ses applications*. Les premières recherches faites sur ce sujet sont dues à M. Wenter (1) qui établissait la constance de la température de congélation du lait et qui pensait qu'on pouvait arriver ainsi facilement à contrôler son état de pureté et de conservation. Les chiffres du D^r Parmentier sont identiques à ceux de M. Wenter. Le point de congélation du lait lorsqu'il n'est pas altéré ou mouillé est en moyenne 0,55.

D'un grand nombre d'examen, M. Parmentier conclut que pour le *lait intégral frais* le point de congélation est 0,55; on a quelquefois trouvé 0,54 0,56 et 0,57, mais 0,54 et 0,57 sont des chiffres déjà suspects.

Les *laits stérilisés et pasteurisés*, de diverses provenances ont donné les mêmes résultats.

Les *laits fermentés et altérés* présentent un point de congélation très différent; les *laits mouillés* ont un point de congélation qui varie suivant le degré du mouillage.

(1) Académie des sciences, 11 novembre 1895.

La cryoscopie permettra donc de reconnaître la qualité du lait et le degré de mouillage. Ainsi dans le lait examiné dans les salles d'hôpital, dans les salles de garde, M. Parmentier a pu constater des laits mouillés à 5 p. 100, 12 p. 100.

II

M. APERT voyait à la consultation de l'hôpital Andral, le 5 février dernier, un jeune garçon de quinze ans et demi, avec des douleurs abdominales intenses; il avait été soigné en septembre dernier pour une crise d'appendicite et naturellement croyait en être atteint de nouveau : le ventre était uniformément rétracté et dur; partout la pression, même superficielle, provoquait de la douleur; le malade n'avait pas les traits tirés, le nez pincé qu'on observe dans la péritonite généralisée. L'examen des gencives faisant constater un liséré saturnin indiscutable; le diagnostic de colique saturnine s'imposait.

Ce jeune homme était employé chez un sertisseur de pierres précieuses et chargé de sertir des perles. Pour empêcher que l'or transparaisse à travers les perles et lui fasse perdre sa blancheur, on interpose entre les deux une couche d'une pâte blanche, appelée *youché* et qui devrait être à base de magnésie ou d'oxyde de zinc. Or l'examen de la pâte employée par le malade montrait qu'elle avait toutes les réactions du plomb.

Les recherches faites dans l'atelier où il travaillait montrèrent que deux autres apprentis s'occupaient du sertissage des perles et employaient la même pâte. Le petit malade du Dr Apert et un autre qui venait d'être opéré d'une appendicite dans un hôpital d'enfants, avaient

la mauvaise habitude d'enlever avec leur langue l'excès de pâte. L'examen de cet autre malade permit de constater aussi le liséré gingival saturnin; et il avait eu probablement une colique de plomb prise pour une appendicite; car quelques jours après l'opération, faite à froid et ayant permis d'enlever un appendice qui ne présentait rien de particulier, le jeune malade fut pris de nouvelles douleurs abdominales qu'il était alors impossible d'attribuer à l'appendicite.

Si ces deux observations montrent que des coliques saturnines peuvent être prises pour des appendicites, le contraire peut avoir lieu.

M. Sergent (1) a rapporté l'histoire de deux malades, peintres en bâtiment, ayant tous deux un liséré saturnin des plus nets et chez chacun desquels une attaque de douleurs abdominales fut prise pour une colique de plomb, alors qu'il s'agissait d'appendicite. Le premier malade succomba : l'autopsie montra une péritonite généralisée avec appendicite gangréneuse. Instruit par ce premier cas, M. Sergent put, dans le second, rectifier à temps le diagnostic et faire opérer le malade qui guérit.

M. MATHIEU a commis une erreur de diagnostic il y a une dizaine d'années et laissa opérer comme appendicite, un homme qui avait une colique de plomb et dont l'appendice était normal.

M. LAMY rappelle un fait signalé par M. Hayem que toute réaction péritonéale, si légère qu'elle soit, s'accompagne de leucocytose. Le diagnostic d'appendicite pendant la crise aiguë sera donc confirmé par la présence

(1) Appendicite et coliques de plomb, *Revue médicale*, 8 mars 1899.

de 18 à 20.000 globules blancs par millimètre cube.

À la séance suivante (6 mars) M. FLORAND rapporte l'histoire d'une jeune fille, sœur de médecin, prise brusquement de douleurs violentes dans le ventre avec vomissements, faciès abdominal etc. Un chirurgien, mandé d'urgence, n'hésite pas à pratiquer la laparotomie et trouve l'appendice et le péritoine absolument sains. Peu de temps après la jeune fille reprise des mêmes accidents fait appeler un médecin qui, l'examinant avec soin, lui trouve une lésion gingivale caractéristique et apprend, en l'interrogeant, qu'elle peignait à la gouache et avait la mauvaise habitude de sucer ses pinceaux, d'où colique de plomb.

III

MM. COURTOIS-SUFFIT et TRASTOUR viennent d'observer un malade qui est mort après avoir absorbé 3 milligrammes de colchicine.

Le nommé L..., âgé de quarante-trois ans, marchand de vins, ayant toujours eu une bonne santé jusqu'en 1898 (à part une crise de coliques hépatiques, 1893), était sujet depuis cette époque à des attaques de goutte.

Ethylique avéré, il avait abandonné ses habitudes de boisson depuis trois ans, époque à laquelle on avait constaté chez lui l'existence d'une néphrite.

Au cours de la dernière crise de goutte, son médecin lui ordonna huit capsules de colchicine par jour, une d'heure en heure. Chaque capsule contenait un quart de milligramme de colchicine et 20 centigrammes de salicylate de méthyle. Le malade, espérant ainsi couper court à son accès, absorba, dans l'espace d'une heure, douze capsules

de colchicine dans la soirée du 7 février. Il tomba alors dans un profond sommeil, peut-être même perdit-il connaissance. Toujours est-il qu'il se réveilla dans la matinée du lendemain très abattu et vomissant des glaires teintées de sang noir. Les linges qui l'entouraient étaient souillés de sang qu'il avait dû rendre dans la nuit.

Il ne ressentait aucune douleur, ni céphalée, ni douleurs abdominales, mais était en proie à un abattement profond.

Dans la journée, il rendit des selles colorées en noir par du sang, et remarqua que ses urines étaient rouges.

Les jours suivants, l'état de malaise général, de torpeur augmenta.

Les urines étaient toujours hématuriques.

Les selles, loin d'être fréquentes et diarrhéiques, étaient au contraire rares. Elles contenaient un peu de sang. Le malade continua à vomir ou plutôt à cracher du sang noir mêlé de glaires.

Ces hémorragies persistant et l'état de faiblesse devenant de plus en plus prononcé, le malade est amené le 12 février à la Maison municipale de santé.

Nous constatons alors les signes suivants :

Le malade, robuste, ayant même un certain degré d'embonpoint, paraît très abattu. Néanmoins il répond bien aux questions qu'on lui pose et son intelligence paraît tout à fait lucide. Son teint est pâle, terreux. Ses extrémités sont froides et légèrement cyanosées.

L'abdomen, souple, non ballonné, n'est le siège d'aucune douleur, sauf au niveau de la région épigastrique, sensible à la pression.

Les lèvres et les dents sont recouverts, ainsi que la langue, d'un enduit épais de mucosités noirâtres.

A l'auscultation des poumons, c'est à peine si on constate quelques sibilances disséminées dans les deux poumons.

L'examen du cœur révèle l'existence d'un bruit de galop et d'une accentuation du deuxième bruit à timbre claqué.

Ce qui caractérise l'état nerveux du malade, c'est une adynamie profonde. En outre, il présente des trémulations qui s'exagèrent à la moindre émotion, trémulations qui n'ont point le caractère du tremblement éthylique et que MM. Houdé et Laborde ont du reste signalées dans des cas d'intoxication par la colchicine. On constate en outre des troubles de la sensibilité objective qui est très notablement diminuée.

Les réflexes rotuliens sont exagérés.

Il n'existe pas de troubles des réflexes pupillaires. La température est à peu près normale, 37°6.

Enfin, il est un signe sur lequel nous tenons à insister c'est l'existence d'une arthrite du coude droit qui ira en augmentant les jours suivants, arthrite que nous croyons pouvoir mettre sur le compte de l'intoxication, le malade n'ayant à ce moment depuis quelques jours d'autres manifestations de la goutte que quelques tophus sur le pavillon des oreilles. La congestion des surfaces articulaires a du reste été observée dans l'intoxication par le colchique.

Les jours suivants, 13 et 14 février, l'état du malade reste sensiblement le même. Il continue à rejeter par la bouche des glaires sanglantes. En même temps que ses matières, qui sont solides et non colorées en noir par le sang, il rend du sang rouge, qui paraît provenir d'ulcérations siégeant sur la partie terminale du rectum. L'examen nous permet en effet de constater la présence de

petites ulcérations arrondies au niveau de la région anale et dans toute la région interfessière. Quant aux urines, abondantes (2 litres par 24 heures), elles sont teintées fortement en rouge par le sang et contiennent en outre parfois des caillots. Ces urines sont albumineuses. Elles contiennent 2 grammes d'albumine par litre dont la majorité est constituée par de la globuline.

Le 15 février, l'abattement a encore fait des progrès. Le malade ne reconnaît pas une de ses parentes qui vient s'informer de son état. Son pouls est plus faible, mais il n'est guère augmenté de fréquence (86 pulsations). On voit apparaître des taches ecchymotiques sur différents points des membres.

Enfin les masses musculaires sont devenues excessivement douloureuses à la moindre pression. Au contraire, l'arthrite du coude semble s'améliorer.

Le 16 février, légère amélioration semble-t-il. Le malade paraît plus éveillé.

Le pouls, peut-être sous l'influence des injections d'huile camphrée, est devenu plus fort.

Mais cette amélioration est toute passagère. Le 17 février, l'état de faiblesse s'accroît de nouveau rapidement. Le malade est pris de hoquet. La langue devient de plus en plus sèche et le malade succombe à 4 heures du soir.

Dans cette observation, ce qui frappe tout d'abord, c'est, à part l'adynamie prononcée, à part les hémorrhagies, sinon très abondantes, du moins très fréquentes, l'atténuation relative des signes de cette intoxication qui s'est cependant terminée par la mort. Notre malade n'a à aucun moment présenté la céphalalgie violente, les vives douleurs abdominales et épigastriques, les vomissements abondants, les selles diarrhéiques horriblement fétides et

répétées qu'on a observés d'ordinaire dans les cas d'intoxication aiguë par le colchique. En revanche, nous avons observé chez lui l'existence de signes sur lesquels on a encore peu attiré l'attention, les manifestations articulaires et les taches ecchymotiques que nous avons vues apparaître sur les membres.

Nous croyons pouvoir expliquer la gravité de l'intoxication chez notre malade, jointe à l'atténuation des symptômes, par ce fait qu'il n'a absorbé qu'une dose en somme minime de colchicine (3 milligrammes), dose qui aurait été insuffisante à déterminer la mort, si le malade n'avait été porteur d'une lésion rénale avancée.

Nous avons trouvé, en effet, à l'autopsie, outre une congestion intense de tous les viscères et notamment de l'estomac et de l'intestin avec extravasations sanguines par places, mais nulle part d'ulcération, une double néphrite des plus accusées.

Le rein gauche, diminué de volume au point de ne peser que 60 grammes, bosselé, kystique, était réduit à l'état d'une simple coque de moins de 2 centimètres d'épaisseur, et la substance corticale avait à peine quelques millimètres.

Le rein droit pesant 80 grammes présentait les mêmes lésions de néphrite interstitielle, mais un peu moins prononcées.

L'état des reins rend compte de la lenteur de l'élimination de la colchicine chez notre malade, ce dont nous avons pu nous assurer grâce à l'obligeance de M. Mailard, interne en pharmacie.

A l'aide de l'acide azotique de densité 1,4 qui permet de déceler la présence dans les urines de 1/50 de milligramme de colchicine par la formation d'une coloration

violette, à l'aide du sulfovanadate d'ammoniaque qui donne dans ce cas une coloration vert olive, nous avons constaté que l'élimination de la colchicine n'était pas encore achevée chez le nommé L... le 14 février, le 16 février et même le 17 février date de sa mort, c'est-à-dire dix jours après l'absorption du toxique.

Pour vérifier ces faits l'un de nous a absorbé une capsule de 1/4 de milligramme de colchicine, et par les mêmes réactions nous avons pu acquérir la conviction que la durée de l'élimination n'a pas dépassé quarante huit heures.

L'existence de lésions rénales a donc joué un rôle très important dans la gravité de l'intoxication présentée par notre malade, et la conclusion de cette observation, c'est qu'une extrême réserve s'impose dans l'emploi de la colchicine chez les goutteux dont les reins sont, on le sait, si souvent et si profondément altérés.

M. LE GENDRE fait très pratiquement observer que nous ne devons pas mettre entre les mains des malades des préparations aussi toxiques que la colchicine ; que l'inconvénient est moindre lorsque nous employons les anciennes préparations de colchique qui, elles-mêmes, sont souvent plus nuisibles qu'utiles au début des accès de goutte.

IV

(Séance du 6 mars). — M. BERGONNIUX, médecin militaire, soignant dans les hôpitaux un grand nombre de cas de fièvre typhoïde, a vu trois cas d'orchite dothiénentérique. Les deux premières ont été très peu intenses, la troisième a été sérieuse et s'est terminée par suppuration, et dans le pus on a trouvé simultanément le bacille d'Eberth et le bacille de Koch.

V

M. LE GENDRE rapporte une observation très intéressante : Il s'agissait d'une femme de 34 ans, entrée dans son service à la fin du deuxième mois d'une grossesse pour des vomissements répétés; après une amélioration consécutive au lavage de l'estomac, elle rentra de nouveau avec des vomissements incessants. La malade n'accusait aucune douleur; la palpation et la percussion de l'abdomen ne révéla rien d'anormal dans la sensibilité, dans les dimensions ni dans les rapports des viscères, du foie en particulier. Très rapidement survint de la fièvre, puis des accidents méningés, constipation, incontinence d'urine, raideur de la nuque, strabisme, inégalité pupillaire, signe de Kernig, ponction lombaire décelant de nombreux lymphocytes. Mort dans le coma six jours après.

L'autopsie révéla du côté des centres nerveux une hyperhémie extrême des méninges crâniennes et rachidiennes et de la substance corticale du cerveau, sans exsudats purulents. La vésicule biliaire, au devant de laquelle les anses intestinales étaient légèrement agglutinées par de faibles adhérences récentes, contenait un verre à liqueur de pus, un gros calcul et plusieurs petits à facettes.

Donc, probablement, cholélithiase latente, avec infection suppurative de la vésicule et infection consécutive cérébro-spinale.

VI

(Séance du 3 mars). — A propos du fait précédent, M. H. CLAUDE vient rapporter un cas personnel montrant

l'importance de l'examen du sang pour confirmer le diagnostic clinique de suppuration des voies biliaires et pour l'indication opératoire.

Il s'agissait d'une femme de soixante-huit ans, journalière, qui entra à l'hôpital Laënnec le 18 août, dans le service de M. Hirtz. Cette femme, d'une forte complexion, était un peu amaigrie et présentait une teinte jaune peu accentuée des téguments et des muqueuses. L'ictère paraissait avoir débuté six semaines auparavant; en même temps, la malade avait ressenti un malaise général, une grande fatigue, de l'anorexie et des pesanteurs d'estomac après les repas. L'ictère augmenta progressivement, mais cette femme n'interrompit ses occupations que dans les derniers jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital. *Dans son passé rien n'indique une lithiase biliaire possible; elle n'a jamais eu de douleurs abdominales, ni de crampes d'estomac, jamais de vomissements après les repas, jamais de jaunisse. Elle avoue des habitudes éthyliques (rhum anisé, vulnéraire), mais elle n'a pas de graves stigmates d'intoxication alcoolique.*

Le foie est gros, déborde largement les fausses côtes, il n'est douloureux sur aucun point à la pression, non plus que la région de la vésicule qui est difficile à explorer à cause de l'épaisseur des téguments. Pas d'ascite. Rate peu appréciable. Matières décolorées, fétides; albumine et pigments biliaires dans les urines. La température, qui était normale les deux premiers jours, s'élève peu à peu à 38 degrés et atteint 38°5 le huitième jour. Pas de frissons, pas de vomissements, aucun douleur spontanée ou à la pression.

L'état général est satisfaisant; la langue reste blanchâtre, pâteuse. On avait été tenté d'abord de rapporter tous

les symptômes à un néoplasme ou à une cirrhose alcoolique, mais l'élévation de la température, bien que faible, la conservation de l'état général, l'absence d'ascite, l'amaigrissement peu accusé, nous firent penser à une lithiasé biliaire infectée. Nous avions, il faut le reconnaître, bien peu de symptômes en faveur de la lithiasé.

En dehors de l'ictère, rien dans les antécédents, rien dans l'état actuel ne permettait de poser avec fermeté le diagnostic. Puis cet état fébrile fixa davantage notre attention, la température resta le neuvième et le dixième jours à 39, sans réaction générale ou locale d'aucune espèce. Nous agitions alors la question d'une intervention chirurgicale. Mais sur quels signes positifs devons-nous appuyer notre diagnostic ? Nous eûmes alors l'idée de pratiquer l'examen du sang. Celui-ci, répété deux jours consécutifs, nous donna 89 et 91 p. 100 de polynucléaires et dans un cas 1 globule blanc pour 225 globules rouges. Nous jugeâmes alors qu'il y avait une infection grave des voies biliaires ou du foie, probablement une suppuration de la vésicule.

La malade fut opérée par M. Faure qui découvrit un abcès au-dessous de la vésicule, enkysté entre les adhérences anciennes du côlon transverse à la face inférieure du foie. Cet abcès avait été provoqué par la perforation de la vésicule et contenait un certain nombre de calculs. La vésicule était elle-même remplie de calculs. On fit un drainage, mais la malade ne supporta pas le choc opératoire et succomba deux jours plus tard.

L'intérêt de cette observation réside tout entier dans le fait que l'examen du sang a permis d'affirmer une suppuration.

D^r MARC JOUSSET.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

L'ACIDE OXALIQUE, SES EFFETS ET SON EMPLOI THÉRAPEUTIQUE

Dans les empoisonnements par l'acide oxalique en solution concentrée, on constate une violente inflammation, l'ulcération des muqueuses touchées, la destruction des villosités gastriques.

Quand l'acide est plus dilué, les effets sont bien différents, et portent sur le cerveau et la moelle. Quand la dose est assez forte, elle produit la mort en quelques minutes par arrêt du cœur; cet organe est mou, flasque et rempli de sang. Hermann pense que le poison agit alors directement sur les ganglions du cœur.

Si la dose est trop faible pour causer la mort, il se produit une irritation motrice commençant par la raideur des membres inférieurs, à laquelle succède une contracture tonique, gagnant les muscles du tronc, et arrivant (comme dans les cas où la strychnine est en jeu), par contracture des muscles respiratoires à l'asphyxie et à la mort. D'autres fois à la contracture fait peu à peu suite la paralysie, atteignant les nerfs sensibles et donnant l'engourdissement et la mort.

A l'autopsie l'arachnoïde est gorgée de liquide, la substance cérébrale ramollie, et l'examen délicat au microscope révèle les effets de l'acide oxalique sur le cerveau et la moelle épinière. Cet acide amène l'épuisement des cellules motrices du cerveau et de la moelle, et des cellules des nerfs sensibles. On a trouvé, sur la surface des pou-

mons des places rouges, ainsi que sur la muqueuse du larynx, ce qui s'explique par la paralysie du nerf vague et la paralysie du muscle cardiaque.

RÉSUMÉ SCHEMATIQUE DES SYMPTÔMES

Symptômes psychiques et généraux. — Suractivité cérébrale, vivacité; excitation; délire; hallucinations.

Aversion pour le travail intellectuel; le sujet évite la conversation, ne comprend pas ce qu'il lit; est indécis. Angoisse, aversion pour le travail; malaise; apathie. Abattement, comme si la colonne vertébrale ne pouvait porter le sujet. Épuisement avec frissons de tout le corps. Faiblesse des muscles, qui s'étend des jambes à tout le corps : le travail habituel lasse le sujet.

Tête : Trouble; vertige; douleur et chaleur, avec battements, après une faible quantité de vin. Les régions du cerveau et des yeux sont douloureuses comme dans le coryza. Céphalée frontale, pariétale, surtout sur l'œil gauche; douleur sourde au front, avec battements et confusion. Céphalalgie frontale droite, descendant vers le maxillaire, dans la joue gauche descendant vers le menton. Contracture dans la joue gauche. Douleur occipitale.

Yeux : faibles, enfoncés, bistrés. Tension douloureuse, dans les deux cavités, surtout la gauche.

Oreilles : légers élancements à gauche; douleur profonde, comme dans la trompe d'Eustache à droite.

Nez : écoulement d'eau, à l'air froid. Vésicules dans la cavité droite; douleurs lancinantes au contact; gonflement des ailes du nez, surtout à gauche.

Face : rouge, chaude, mains chaudes. Face pâle. Contraction des muscles de la face, du menton, de la bouche, dont les angles sont abaissés.

Bouche : brûlure, inflammation de la muqueuse, gencives douloureuses, gonflées. Brûlure sur la moitié gauche de la langue, qui est chargée de taches brunes; la pointe est rouge, sèche, sensible. Rougeur accentuée.

Mal aux dents, surtout à droite; goût acide.

Gorge : douleur, âpreté. Déglutition pénible, rougeur des amygdales, couvertes d'un mucus adhérent. Douleur avec tension des deux côtés, au niveau du maxillaire inférieur.

Sensation de brûlure de la bouche et du gosier.

Estomac : inappétence; vide; boulimie; chaleur brûlante; gaz acides ou sans goût. Nausées; pyrosis, vomissements d'un liquide noir, épais ou verdâtre.

Gastralgie violente, améliorée par l'issue des gaz. Soit.

Abdomen : météorisme douloureux, surtout autour de l'ombilic, amélioré par la pression; douleurs dans tout l'abdomen, rayonnant vers la rate; tranchées intestinales; gaz, coliques avec ténésme, plus fortes après les repas, qui fait que le sujet se courbe sur lui-même. Douleur à l'hypochondre gauche. Coliques dans les deux fosses iliaques, surtout à droite. Petites douleurs sourdes à droite.

Rectum et anus : ténésme; envies sans résultat. Vives douleurs à l'anus; démangeaisons, comme causées par des vers; améliorées par les frictions. Brûlures à l'anus.

Selles : molles, écumeuses, avec beaucoup de mucus; crêmeuses, mal digérées. Diarrhée violente, liquide, épaisse, noirâtre. nauséabonde avec filets de sang; séreuses; sortant malgré le sujet; fermes, accompagnées de mucosités sanglantes.

Appareil urinaire : envies fréquentes; ténésme avec mal d'estomac, qui éveille souvent le malade.

Légère sensation de brûlure à la miction, tout le long du canal. L'urine sort goutte à goutte. Rétention d'urine; suppression complète. Urine très acide, avec fort dépôt oxalique ou d'oxalate de chaux.

Appareil sexuel : meurtrissures dans les deux testicules, pesanteur et élancements douloureux le long du cordon, surtout à droite. Appétit sexuel exagéré.

Appareil respiratoire : dyspnée; irritation du larynx qui provoque la toux. Toux augmentant par le mouvement. Voix rauque; changeante; le timbre s'abaisse.

Poitrine : élancements du côté gauche. Douleur comme d'ulcération dans la poitrine; douleur sourde s'étendant entre les épaules; dans la région du cœur; élancements dans le poumon gauche, rayonnant vers l'épigastre.

Dos : faiblesse dans les hanches, descendant dans les membres. Engourdissement du dos, du bassin et des membres inférieurs. Sensations brûlantes sous l'omoplate. Douleurs lombaires; au rein droit; douleurs allant du dos aux membres inférieurs.

Membres supérieurs : tiraillements dans l'épaule droite. Secousses dans les deux deltoïdes, surtout le gauche, quand on est au lit. Douleur de courbature des muscles de l'avant-bras. Engourdissement du bras gauche. Lourdeur de la main gauche; les doigts n'obéissent que lentement et se referment. Fourmillements des doigts. Douleurs des muscles, de la main, avec engourdissement; brûlantes comme dans la goutte.

Membres inférieurs : faiblesse des jambes, qu'on ne peut tenir tranquilles. Engourdissement, fourmis dans les jambes, qui se replient sur le ventre.

Contracture douloureuse des orteils du pied droit. Douleur de la plante du pied droit; le pied droit paraît enflé. Froid aux pieds.

Peau : perspiration cutanée augmentée, surtout à l'aisselle. Sueurs nocturnes. Prurit à la nuque. Eruption rouge sombre, circonscrite, sur les bras, la poitrine, la face. Papules rouges, pruriantes, sur la poitrine, sur les parties.

Sommeil : rêves désagréables, obsédants, cauchemars.

Rêves voluptueux.

Fièvre : frisson après la diarrhée ; froid qui part du bas du dos ; sueur froide et visqueuse. Froid avec production de chaleur au moindre effort. Alternance de frisson et de chaleur. Bouffées de chaleur à la tête avec sueur.

Comme on le voit les symptômes d'acide oxalique sont en conformité absolue avec ceux qui caractérisent la neurasthénie.

(*Zeitschr des Berl. Ver. homoop. Aerzte*, 26 février, 1903.)

D^r PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

TÉTANOS CONSÉCUTIF A DES INJECTIONS DE SÉRUM GÉLATINÉ.

Nous avons signalé naguère un cas de tétanos consécutif à des injections d'une solution de gélatine à 2 p. 100 — observé par MM. Ch. Hochhalt et M. de Herczel (de Budapest), — en même temps que les recherches bactériologiques instituées de divers côtés, concernant la présence de spores tétaniques dans la gélatine du commerce.

Quatre nouveaux faits publiés presque simultanément par M. le docteur Gerulanos, ancien privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Kiel, actuellement

chirurgien en chef de l'hôpital Evangelismos, à Athènes, par un confrère allemand, M. le Dr Georgi et par M. le Dr Hans Lorenz, assistant de M. le Dr von Eiselsberg, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Vienne, démontrent que l'infection tétanique à la suite d'injections de sérum gélatiné, est loin de constituer une rareté.

Le premier de ces cas (Gerulanos) a trait à une malade atteinte de cancer du larynx, et chez laquelle on avait injecté, comme mesure prophylactique à l'égard de l'hémorrhagie, 4 grammes de gélatine dissoute dans 200 grammes d'eau. Cette solution avait été stérilisée par le pharmacien et l'injection fut faite avec toutes les précautions d'asepsie. La région de la cuisse au niveau de laquelle on avait pratiqué la piqûre présenta quelques jours plus tard une nécrose limitée, et au bout d'une semaine éclatait un tétanos très intense qui, malgré l'injection de sérum anti-tétanique, amena l'issue fatale en vingt-quatre heures. L'examen bactériologique ne permit cependant pas de déceler le bacille tétanique. Il est intéressant de constater que la solution de gélatine fournie par ce pharmacien avait été employée en même temps chez d'autres malades, sans aucun inconvénient.

Dans l'observation de M. Georgi, l'injection de gélatine avait été faite pour parer à une hémorrhagie très intense, consécutive à une blessure du foie. Le tétanos apparut six jours plus tard et causa la mort en quarante-huit heures. Le pus formé au niveau de l'injection, bien que ne renfermant pas de bacilles tétaniques, déterminait l'apparition d'un tétanos mortel chez le lapin.

Les deux derniers faits, observés par M. Lorenz, concernent des malades du service de M. von Eiselsberg.

Dans l'un de ces cas, une injection de 200 grammes de solution de gélatine à 1 p. 100, pour une hémorrhagie vésicale intense, fut suivie, au bout d'une semaine, d'un tétanos qui entraîna la mort en deux jours. Dans l'autre, la solution de gélatine avait été injectée après l'extirpation d'un cancer rectal pour lutter contre une hémorrhagie post-opératoire ; le tétanos survint six jours plus tard et amena l'issue fatale au bout de quarante-huit heures.

D'après M. Lorenz, ces accidents mortels pourraient s'expliquer par l'existence de toxine tétanique dans la gélatine, à défaut du bacille du tétanos lui-même. (*Semaine Médicale*, 30 juillet.)

LA SANTONINE CONTRE LES DOULEURS FULGURANTES DU TABES ET LES NÉVRALGIES

En 1901, M. Negro faisait connaître devant l'Académie de médecine de Turin que l'alkaloïde du semen contra, la santonine, était un médicament précieux pour obtenir la sédation des douleurs fulgurantes chez les tabétiques.

Par analogie avec ce qui s'est passé pour le bleu de méthylène, dont les propriétés électives colorantes pour le cylindraxe avaient suggéré à Ehrlich l'idée de l'employer contre les névralgies, on sait avec quel succès, M. Negro, considérant la xanthopsie transitoire due à la santonine et pensant qu'une modification sensitive analogue portait peut-être sur les nerfs de la sensibilité générale, avait, par occasion d'abord, systématiquement ensuite, administré la santonine aux tabétiques en proie à des douleurs fulgurantes ; et il arrivait aux conclusions encourageantes que voici : sur 11 cas de tabes, huit fois les douleurs fulgurantes furent nettement enrayées ; et deux des trois

autres tabétiques retirèrent un bénéfice notable, mais non durable; un seul se montra réfractaire.

MM. Combemale et de Chabert (de Lille) ont eu recours à la santonine pour quelques tabétiques. Devant les résultats satisfaisants obtenus, ils furent amenés à généraliser la médication à quelques cas de névralgie sciatique et intercostale.

Ils viennent de publier seize observations d'où il résulte que la santonine est sans valeur analgésique dans les névralgies vulgaires.

En revanche, la santonine, à la dose unique de 15 centigrammes par jour, est un moyen, efficace dans la moitié au moins des cas, pour calmer rapidement les douleurs fulgurantes des tabétiques et enrayer l'évolution d'une série d'accès. L'atténuation de ces douleurs s'obtient aussi avec les doses moindres, de 5 à 10 centigrammes par jour; mais elles doivent être répétées plusieurs jours, et alors des crises gastrique peuvent en être la conséquence, si l'on prétend combattre la série des accès. La xanthopsie est le signal du début de l'intoxication; il faut s'enquérir de ce symptôme pour suspendre l'emploi de la santonine. Peut-être la santonine a-t-elle une action préventive sur les douleurs fulgurantes. (*Gazette des hôpitaux*, 8 juillet).

VARIÉTÉS

UN MOT DE RÉPONSE A M. LE D^r DAHLKE DE BERLIN, A PROPOS DE SA CRITIQUE SUR LA CONSTITUTION DE LA THÉRAPEUTIQUE.

Le D^r Dahlke de Berlin vient de publier dans le n° du

mois de mars du *Zeitschrift der Berliner*, une critique fort sévère de mon travail sur la *Constitution de la thérapeutique*. Je crois devoir lui répondre ces quelques mots : Le Dr Dahlke me reproche beaucoup de chose. Mais je retiendrai seulement à l'accusation d'ingratitude envers Hahnemann et à celle de manquer de logique en acceptant l'usage des doses infinitésimales et en repoussant les explications que Hahnemann a données de l'action de ces doses.

Je remercie beaucoup le Dr Dahlke de me fournir l'occasion d'expliquer à nouveau quelques passages de mon mémoire de la *Constitution de la thérapeutique*, passages qu'il n'a pas compris parce que je n'avais pas eu le talent d'être assez clair.

En essayant de fixer d'une manière positive le terrain légitime de la loi des semblables et de la loi des contraires, je crois avoir fait chose utile et je me réjouis de voir que M. Dahlke accepte absolument la distinction que j'ai posée entre ces deux lois d'indications.

J'ai toujours témoigné une grande estime pour Hahnemann ; il y a cinquante-cinq ans que je travaille à la diffusion de sa doctrine ; mais pour être un grand médecin, Hahnemann n'est point pour moi un dieu, ni même un prophète, et si le bonhomme Homère sommeille quelquefois, il y a des moments où Hahnemann dort profondément.

Il dort quand il parle de la psore et des antipsoriques ; retombant ainsi dans la thérapeutique étiologique et le galénisme.

Hahnemann dort encore quand il croit que les triturations et les dilutions n'agissent pas seulement en divisant les médicaments, mais en leur donnant une puissance mys-

térieuse d'où son précepte qu'il est dangereux de secouer trop longtemps une dilution.

Hahnemann dort encore quand il a l'illusion d'avoir démontré par la clinique l'augmentation de *puissance* apportée au *natrum carbonicum*, par des succussions trop nombreuses. Ces secousses continuées pendant une demi-heure suffiraient suivant Hahnemann (1) pour porter la 1^{re} dilution à la 30^{me}.

(1) Voici textuellement le passage de Hahnemann :

« Me fondant sur des expériences multipliées et des observations exactes et voulant fixer un terme précis et moyen au développement de la vertu des médicaments liquides, j'en suis venu à prescrire de ne donner que deux secousses à chaque flacon, au lieu qu'autrefois j'en imprimais davantage, ce qui développait trop la puissance des remèdes. Il y a des homœopathistes qui transportent avec eux les médicaments homœopathiques sous forme liquide dans le cours de leurs visites, et qui prétendent que les vertus n'acquièrent point par là d'exaltation avec le temps. Soutenir une pareille thèse, c'est prouver qu'on ne possède point un esprit d'observation bien rigoureux. J'ai dissous un grain de natron dans une demi-once d'eau mêlée avec un d'alcool, et pendant une demi-heure j'ai secoué, sans interruption le flacon, rempli aux deux tiers, qui contenait la liqueur. J'ai trouvé ensuite que celle-ci égalait la 30^e dilution en énergie. » (*Organon*, page 268, en note).

Nos pharmaciens français m'ont affirmé qu'ils imprimaient au moins trente secousses à chaque dilution, quelle effroyable énergie doivent avoir ces médicaments !

Toutes les erreurs que je condamne dans l'Hahnemannisme et que condamnent avec moi la plupart des médecins homœopathes se trouvent renfermés dans cette note.

Les secousses imprimées aux dilutions n'ont pas seulement pour but de rendre les médicaments plus solubles, mais encore de leur donner une puissance et une énergie que j'ai le droit

Mais Hahnemann est un génie quand il enseigne que l'expérimentation des médicaments sur l'homme sain est la seule source de nos connaissances sur la matière médicale; c'est encore un génie quand, le premier après Hippocrate, il rend possible l'application du « *similia similibus* » par la création de la matière médicale expérimentale. C'est encore un génie quand il reconnaît la nécessité d'atténuer les doses pour remplir l'indication du « *similia similibus* ».

Et parce que cet homme est vraiment le continuateur d'Hippocrate et le réformateur de la thérapeutique dans les temps modernes, est-ce une raison pour que je respecte toutes les erreurs qui, au milieu de tant de vérités, sont sorties de cette grande intelligence ?

d'appeler mystérieuse ou mystique, parce qu'Hahnemann n'a jamais donné l'explication scientifique de cette augmentation de puissance. Première erreur.

Elever un médicament de la 1^{re} dilution à la 30^e, par le seul fait de secouer le liquide pendant une demi-heure, c'est la seconde erreur.

Dire que, par des expériences multipliées et des observations exactes, on arrive à distinguer nettement l'augmentation d'énergie produite dans chaque médicament par le nombre des secousses imprimées à la dilution, c'est donner la preuve d'une illusion portée à la 30^e puissance.

Je propose à M. Dahlke de prendre une 30^e dilution préparée d'après la méthode de Hahnemann, et ayant reçu seulement soixante secousses, et une autre préparée suivant la pharmacopée française et ayant reçu 900 secousses, et je le défie de reconnaître l'une de l'autre.

Moins on parlera de ces choses, et mieux cela vaudra, ne faisons pas comme Cham, mais voilons les infirmités de notre père, sans nous croire obligés de les partager.

Et parce que Pasteur qui n'avait jamais lu ni Hippocrate, ni Hahnemann a trouvé la vérité de la loi des semblables et la nécessité des atténuations, vous ne voudriez pas que je me réjouisse de cette confirmation indirecte de l'homœopathie, et il semble vous déplaire que j'écrive en tête de mon livre : Hippocrate, Hahnemann et Pasteur.

Ma devise sera toujours : *suum cuique* et je termine, très honoré confrère, vous laissant pour compte les petites insinuations sur les motifs peu louables qui auraient dirigé ma plume, et en vous remerciant de l'occasion que vous m'avez fournie de m'expliquer plus clairement.

D^r PIERRE JOUSSET.

DU GÉNIE ÉPIDÉMIQUE

Un de nos jeunes professeurs devant lequel on parlait du génie épidémique, répondit qu'en fait de génie il ne connaissait que le génie de la Bastille. La saillie est spirituelle mais elle ne répond pas du tout à cette difficulté clinique : pourquoi une même espèce morbide présente-t-elle des différences considérables dans le cours des âges. Ainsi, pour citer des exemples, pourquoi l'otite catarrhale se complique t-elle si fréquemment depuis un quart de siècle de mastoïdite suppurée ; et comment expliquer les complications si fréquentes de l'appendicite ?

Dire que l'épidémie de grippe qui règne en Europe depuis ces dernières années est la cause de ces complications fréquentes, c'est exprimer un fait difficile à contester. Si, empruntant une expression consacrée par un usage traditionnel, on veut, pour exprimer la même idée se servir d'une métaphore, et dire que la mastoïdite suppurée et l'appendicite sont produites par un génie épidémique,

je n'estime pas qu'on mérite pour cette liberté de langage, d'être envoyé à la colonne de la Bastille.

Cette influence encore mal connue dans sa nature, des épidémies régnantes sur les maladies communes, se répète chaque jour, et j'en veux citer un dernier exemple. A propos d'une pneumonie compliquée d'hémiplégie et d'un abcès cérébral, publiée dans le *Journal des Praticiens*, le Dr Landrieux parle de la fréquence de l'hémiplégie pneumonique. Ces hémiplégies s'accompagnent des symptômes ordinaires de l'hémorrhagie cérébrale, et cependant, à l'autopsie, le plus souvent, on ne trouve aucune lésion.

Ainsi, de nos jours, la pneumonie avec l'hémiplégie sans lésion cérébrale, s'observe fréquemment; voilà un premier fait.

Consultez le livre de Grisolles sur la pneumonie, les cliniques de Bouillaud, d'Andral, de Chomel, les travaux de Louis, et vous ne trouverez pas un seul exemple de pneumonie compliquée d'hémiplégie.

Il n'entrera dans l'esprit de personne d'expliquer cette différence entre les pneumonies d'aujourd'hui et celles qu'on a observées il y a cinquante ans, par le défaut d'observation des grands cliniciens que nous venons de citer. Il faut donc conclure que les complications cérébrales si fréquentes aujourd'hui, si rares autrefois, tiennent j'allais dire au génie épidémique, mais disons plus simplement à l'influence épidémique de la grippe.

C'est, du reste, seulement, dans cette maladie qu'on a observé si souvent des symptômes cérébraux caractérisant la méningite, l'embolie de la sylviennienne et l'hémiplégie avec une absence complète de lésions macroscopiques et microscopiques des centres nerveux.

Concluons que, malgré la plaisanterie d'un goût dou-

teurs sur le génie de la Bastille, il reste acquis à la clinique que les maladies communes reçoivent des épidémies régnantes des caractères particuliers.

WAGNER.

SOUS PRESSE

Mémorial

DE

Thérapeutique Homœopathique

par les Docteurs P. JOUSSET et MARC JOUSSET

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — *Téléphone.*

L'ART MEDICAL

MAI 1903

HOPITAL SAINT-JACQUES

FONDÉ PAR LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE
DE FRANCE

Assemblée générale des bienfaiteurs

LE 29 MARS 1903

Le D^r P. Jousset, président de la Commission administrative, fait le rapport médical pour l'année 1902.

Pendant cette année 1902 nous avons hospitalisé 479 malades, tant en médecine qu'en chirurgie nous avons eu 38 morts, c'est-à-dire 7, 9 p. 100.

Si nous séparons les cas de chirurgie nous avons un chiffre de 172 malades avec 9 morts, soit 5 p. 100.

Remarquons que nous n'avons eu qu'une mort par appendicite sur 18 cas opérés.

Il reste donc pour la médecine 307 malades et 29 décès soit 9, 4 p. 100. Remarquons que sur ces 29 morts il y a

11 phtisiques et 4 cancéreux. Nous n'avons eu aucun décès par la fièvre typhoïde, la scarlatine ni la rougeole.

Nos malades ont produit 13.049 journées d'hôpital, dont 6.354 absolument gratuites.

Il y a eu 6.586 consultations gratuites.

Le D^r MARC JOUSSET, trésorier, lit le rapport financier.

Recettes :

En caisse au 1 ^{er} janvier 1902	7.156.30	
Rentes. Crédit Lyonnais.	6.800.65	} 15.799.45
Notaire.	8.998.80	
Intérêts du Crédit Lyonnais.	9.50	
Dons, vente et quêtes.	9.600	
Remboursement des frais de séjour par les malades et leurs protecteurs	31.209.50	} 34.762.65
— des entrées	658.60	
— de la pharmacie.	2.894.55	
		<u>67.327.90</u>

Dépenses :

Nourriture.	18.743,65
Vin (port et entrée)	409,20
Rhum	109,00
Eclairage.	2.104,60
Eau	461,45
Blanchissage	2.287,45
Divers : labor. porcelaine, verres, etc	2.410,05
Achats et répar. meubles, literie.	2.000,00
Vin (prix d'achat).	1.080,35
Lingerie.	400,00
Contributions.	2.621,00
Charbons	6.042,00
Assurances.	86,75
Mémoires : Gilon, serrurier	320,00
— Dubrugeaud, maçon.	1.220,35
— Chapellier, fumiste.	4.767,75
— Trapier, peintre.	2.000,10

HOPITAL SAINT-JACQUES		323
— Collin, instr. chir.	86,90	
— Mathieu —	36,25	
— Huclin —	77,75	
— Lepautre.	40,00	
Architecte honoraires (à compte).	600,00	
Intérêts du terrain	3.000,00	
Frais Crédit Lyonnais.	14,10	
Frais du notaire	3,30	
Divers : lettres, impr., etc.	199,80	
Traitement des internes.	1.200,00	
— des sœurs.	1.850,00	
— de l'aumônier.	880,00	
— du concierge	1.800,00	
Domestiques, gardes de nuit, etc.	2.435,00	
Téléphone.	100,25	
Total.	<u>59.387,05</u>	

Balance :

Recettes	67.327,90
Dépenses	<u>59.387,05</u>
Reste.	7.940,85

Nous avons eu encore cette année de grosses dépenses, en particulier la réfection d'une partie des calorifères de l'hôpital ; ces dépenses ont absorbé en grande partie le produit de notre vente ; comme nous n'en faisons pas cette année, nous vous serions très reconnaissants de venir encore à notre aide.

RÉVISION DE LA THÉRAPEUTIQUE

DES VENINS DE SERPENT

Ce sont surtout les médecins homœopathes qui emploient les venins en thérapeutique. De très nombreux travaux, tant en expérimentation qu'en clinique, ont accumulé sur ce point de matière médicale de nombreuses richesses. Cependant une erreur grave s'est glissée dans ces travaux et diminue beaucoup l'exactitude des connaissances sur l'action des venins. Cette erreur consiste, et nous l'avons nous-même commise dans notre *Traité de matière médicale*, à enseigner que les effets de tous les venins seraient absolument comparables et différeraient surtout avec les doses employées. L'observation des faits de piqure de serpent sur l'homme et sur les animaux, les expériences instituées directement ont démontré que les serpents devaient être divisés, au point de vue de la matière médicale, en deux classes distinctes : les *colubridés* et les *vipéridés* (1).

(1) La division proposée par des médecins anglais est extrêmement pratique et répond à des différences radicales entre les effets produits par ces deux catégories de serpents. Seulement les noms choisis par ces médecins ont un grand inconvénient : en effet, en histoire naturelle les *Colubridés*, sous-classe des *Colubriiformes*, désignent des serpents non venimeux dont le type est la couleuvre de nos régions ; tandis que sous le nom de *Vipéridés*, sous-classe de *Solenoglyphes*, on comprend générale-

Les *colubridés* contiennent comme espèces principales : le cobra capel ou *naja tripudiens*, le hayé (aspic de Cléopâtre), l'hamadryas, l'élaps coralina, les alectoses, le callophis, le bengarus fasciatus.

Les principaux *vipéridés* sont le daboïa, le crotal, le lachesis mutus, le pseudocalchis d'Australie, les cerastes, l'échis carinata, la vipère d'Europe. Nous ajouterons le sérum d'anguille dont l'action est tout à fait comparable au venin des vipéridés.

C'est Cunningham et Joseph Fayrer, médecins qui ont pratiqué longtemps aux Indes anglaises, qui ont proposé cette division. Cette classification des Ophidiens, d'après l'action physiologique de leur venin, correspond exactement à la division zoologique. Les *Colubridés* correspondant à la classe des *Protéroglyphes* et les *Vipéridés* à celle des *Solénoglyphes*.

M. Calmette, sans nier complètement les différences d'action de ces deux classes de serpent, prétend qu'elles sont plus apparentes que réelles, puisque, en chauffant les venins des Vipéridés à 70°, on détruit dans ces venins une de leurs propriétés les plus remarquables, celle de produire des hémorrhagies.

Nous répondrons à M. Calmette que son objection n'a aucune valeur, par cette raison qu'on n'emploie pas des venins chauffés à 70°, mais des venins non altérés; et que ce qui importe au thérapeutiste, c'est de connaître exactement l'action du médicament qu'il emploie.

ment les serpents venimeux : la vipère de notre pays a donné son nom à cette sous-classe.

Il aurait été préférable de conserver la classification zoologique de *Protéroglyphes* et *Solénoglyphes*, puisque les serpents que Cunningham désigne sous le nom *Colubridés* correspondent à la première classe et les *Vipéridés* à la seconde.

Du reste, l'opposition de M. Calmette à cette doctrine qui divise le venin en deux catégories prend sa source dans la crainte qu'on en fasse une objection contre la technique qu'il emploie pour composer ses sérums anti-venimeux. Nous tenons à rassurer complètement M. Calmette : les actions des sérums thérapeutiques ne sont pas identiques à l'action des venins, mais analogues et la guérison d'une piqûre du *crotal* (Vipéridé) peut parfaitement s'obtenir à l'aide d'un sérum préparé avec le venin d'un Colubridé.

Nous ne voulons pas laisser passer ces circonstances sans reconnaître l'immense service rendu aux nombreuses victimes des serpents venimeux par la découverte de M. Calmette. Ces sérums, sur les préparations desquels nous n'avons pas à nous appesantir en ce moment, constituent un moyen certain, quand ils sont appliqués à temps, de la guérison des piqûres de serpent ; et on comprendra toute l'importance de cette découverte, si on veut se rappeler que dans le seul Hindoustan, la mortalité par piqûre de serpent s'élève au chiffre formidable de 20.000 victimes par an.

Nous conserverons donc, au point de vue de la pharmacodynamie, la division des serpents venimeux en Colubridés et en Vipéridés, parce que les effets produits par ces deux espèces de venins présentent des différences d'actions considérables, différence de la plus grande importance pour les applications thérapeutiques.

I. — ACTION DU VENIN DE COLUBRIDÉS.

Le venin des Colubridés tue par son action sur les centres nerveux et la paralysie des muscles respirateurs qui en est la suite.

Comme après toutes les morsures de serpents, le sujet présente un état lipothymique, le pouls est petit, filiforme, très accéléré, irrégulier; il existe presque toujours des vomissements bilieux et des sueurs froides.

Mais ce qui est particulier aux Colubridés, c'est la paralysie successive d'un certain nombre de muscles, le ptosis accompagné d'un strabisme plus ou moins prononcé, puis la paralysie des lèvres, de la langue, paralysie qui se propage aux muscles du larynx, produit les sentiments de constriction et de suffocation, puis enfin, atteignant les muscles respirateurs, détermine l'asphyxie et tue par la paralysie du diaphragme.

Pendant la période asphyxique, la paralysie se propage aux sphincters et détermine les évacuations involontaires; à ce moment surviennent quelquefois les convulsions générales, convulsions asphyxiques, dues à l'action du sang noir sur le système nerveux.

Après la morsure des Colubridés les accidents locaux sont très peu marqués, la douleur est faible, il y a plutôt un sentiment d'insensibilité et l'engourdissement dans la partie malade, accompagné parfois de phénomènes de contractures dans le membre mordu. Ici, ni inflammation, ni œdème considérable, ni ecchymose.

Si la dose du venin est très forte ou si elle a pénétré dans une veine, les symptômes sont foudroyants. Après une courte période d'excitation, on observe des convulsions générales, mais frappant plus particulièrement les muscles respirateurs; la paralysie succède à ces convulsions et la mort survient très rapidement.

Dans ses expériences sur le singe, Calmette a noté les symptômes suivants: le premier signe apparent est une sorte de lassitude générale, puis les paupières se ferment

à demi, l'animal est agité, il se couche et se relève, marche avec saccades, avec peine, bientôt on observe des nausées, des vomissements, de l'anxiété respiratoire; l'animal vacille sur ses membres, se couche sur le côté; le ptosis s'accroît et l'asphyxie complète survient bientôt. Le cœur continue à battre cinq minutes au moins après la cessation de la respiration et s'arrête en diastole.

Pendant les derniers moments la pupille reste impressionnable, l'animal conserve la sensibilité à la douleur et le sens de l'ouïe. L'excitabilité des muscles est presque totalement abolie au tronc et aux membres. Le diaphragme, en particulier, se paralyse de bonne heure, les sphincters de la vessie et de l'anus se relâchent après quelques spasmes qui provoquent fréquemment chez les mâles l'éjaculation du sperme. L'urine et les fèces s'échappent ensuite.

Tous les animaux sont sensibles à l'action du venin de serpent, excepté le serpent lui-même qui est complètement réfractaire, même le serpent non venimeux, d'après Calmette.

Cet auteur explique l'action du venin des Colubridés par sa localisation sur le système nerveux; le ptosis du début indique la lésion de la substance grise du plancher de quatrième ventricule et des noyaux d'origine des nerfs moteurs oculaires communs. La paralysie bulbaire progresse ensuite rapidement et c'est lorsque les noyaux d'origine des nerfs pneumo-gastriques sont frappés que l'animal meurt en état de d'asphyxie.

Le venin porté directement à l'aide d'une pipette sur le tissu musculaire du cœur n'en modifie pas les fonctions.

Mélangé au sang, il n'altère ni la forme ni la couleur des globules et chez les animaux en expérience la coagulation du sang après la mort est normale.

Ce défaut d'action du venin des Colubridés sur le sang est un caractère essentiel qui le différencie de celui des Vipéridés; c'est aussi à cette raison qu'est due la convalescence rapide et la guérison complète des animaux, qui résistent à l'action du venin.

II. — ACTION DU VENIN DE VIPÉRIDÉS.

La morsure de grands *Vipéridés* comme le *Daboia* et le *Crotal* détermine de violentes convulsions qui ne sont pas nécessairement suivies de paralysie, et quand ce dernier symptôme survient, au lieu de se localiser aux muscles respirateurs (comme après la morsure de Colubridés), il frappe d'abord, chez les animaux, le train postérieur. La respiration est accélérée, il existe des vomissements, une tendance à la syncope. Mais ce qui caractérise le venin des Vipéridés, c'est son action sur les globules du sang, d'où production d'ecchymoses, d'hémorragie diverses, mais principalement d'hématurie et d'albuminurie.

Les effets locaux de la morsure des Vipéridés sont une sensation d'engourdissement paralytique, une douleur, l'œdème qui se généralise plus ou moins, atteint quelquefois la langue, devenant ainsi une source d'asphyxie. La morsure du serpent s'accompagne du développement d'ecchymoses, non seulement autour du point mordu, mais parfois à des régions éloignées. Les phlegmons et la gangrène peuvent être déterminés par la morsure des Vipéridés. La vipère verte du Bengale ne produit guère que des symptômes locaux.

Nous avons observé tous ces symptômes à la suite d'injection du sérum d'anguille dans les veines marginales du lapin. Nous signalons principalement l'albuminurie, survenant quelques heures après l'injection du venin, l'anu-

rie, le ralentissement de la circulation et l'abaissement, de la température.

Les lésions déterminées par les Vipéridés sont multiples comme siège ; nous allons les décrire en nous servant des renseignements fournis par nos expériences sur le sérum d'anguille.

Le venin des Vipéridés produit des congestions, des hémorragies, des inflammations, même quelquefois la gangrène. Les hémorragies se montrent sous forme de purpura, d'ecchymose et tout spécialement d'hémorragie rénale. L'inflammation et la gangrène s'observent surtout dans la plaie causée par la morsure des grands serpents ; l'inflammation du poumon a été plus spécialement signalée après la morsure du Lachesis et du Crotal, qui font partie des Vipéridés.

Les lésions déterminées par le sérum d'anguille, injecté dans la veine marginale des lapins, siègent principalement sur le foie et sur le rein.

Le foie était toujours très malade : les recherches histologiques y dénotent un état de nécrose et de coagulation qui entoure les veines-sus-hépatiques. La tunique veineuse est épaisse et nécrosée. On rencontre, disséminés dans le foie, des groupes de cellules hépatiques présentant un début de nécrose et de coagulation. Les capillaires sont remplis d'une substance finement granulée.

Rein. La nécrose de coagulation est la lésion dominante dans les glomérules et les tubes contournés, les tubes droits offrant des lésions moins condensées. Ces lésions rappellent celles qu'on observe dans les maladies aiguës et en particulier dans le choléra.

Nous voulons maintenant résumer et comparer les effets

produits par le venin des *Colubridés* et celui des *Vipéridés*.

Il y a d'abord des symptômes communs à toutes les morsures de serpents venimeux ; ce sont : la tendance à la syncope, le refroidissement et les vomissements. Les convulsions et les paralysies peuvent se rencontrer dans les deux cas, mais présentent des caractères différents.

Le venin des *Colubridés* agit directement sur le système nerveux du bulbe et de ses environs, aussi frappe-t-il les muscles de paralysie dans un ordre déterminé. Ce sont d'abord les muscles de la face, en particulier ceux des paupières, des lèvres, de la langue ; puis les muscles respirateurs, (et cette paralysie cause la mort). Dans les derniers instants on observe des paralysies des sphincters et des évacuation involontaires, ainsi que des convulsions plus ou moins marquées, dues au contact du sang noir avec le système nerveux.

Le venin des *Colubridés* n'a aucune action ni sur le cœur, ni sur les globules sanguins, la coagulation du sang est conservée sinon augmentée. Autre signe distinctif : les accidents locaux sont presque nuls. La mort survient par la paralysie des muscles respirateurs.

L'action du venin de *Vipéridés* est très distincte et plus complexe. A la suite des morsures de grands serpents, comme le Crotal, se produisent des convulsions générale plus ou moins violentes, non suivies de paralysie, puis des congestions et des inflammations des viscères, celles du rein déterminent l'hématurie, l'albuminurie et l'anurie.

Les globules du sang sont directement atteints et très altérés ; le sang reste diffuent et ne se coagule pas. A l'inverse de l'action du venin des *Colubridés*, celui des *Vipéridés* s'accompagne d'accidents locaux considérables : œdème, ecchymoses, phlegmons, gangrène. Il est même

dans cette classe un serpent, la vipère verte de l'Hindoustan, dont la morsure ne détermine que des accidents locaux.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Les indications qui régissent l'emploi des venins de serpents dans les maladies sont encore peu précises, et ce défaut de précision tient surtout à ce que, jusque dans ces derniers temps, on n'a passuffisamment distingué l'action physiologique des deux classes de serpents admises par Cunningham, les Colubridés et les Vipéridés.

Les indications thérapeutiques ont leur source dans trois ordres de connaissances : 1° les indications tirées de l'action des morsures sur l'homme et les animaux ; 2° les indications puisées dans les expérimentations avec des doses de venins pris à l'intérieur chez l'homme sain ; 3° enfin, les indications tirées de la clinique.

Dans le présent travail, nous ne nous occuperons que des indications du premier genre, celles empruntées à l'expérimentation sur l'homme sain et à la clinique exigeant des recherches considérables et devant être le sujet d'un second travail.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES TIRÉES DES EFFETS PRODUITS PAR LA MORSURE DES SERPENTS VENIMEUX.

1° *Indications du venin de Colubridés :*

L'action certaine de cette catégorie de venins sur la région protubérantielle de l'encéphale et l'origine des nerfs respiratoires et les paralysies qui en sont la suite, indique l'emploi du venin des Colubridés dans la *paralysie agitante*, dans la *paralysie labio-glosso pharyngienne* et enfin dans les *paralysie du diaphragme*. Certains symptômes

paralytiques, le ptosis en particulier et la paralysie de la langue, devront faire penser à l'emploi du venin de Colubridés dans deux maladies presque incurables : l'*ataxie locomotrice* et la *paralysie générale des aliénés*.

En résumé, le venin des Colubridés est exclusivement indiqué dans les affections du système nerveux. Le Cobra Capel, le Hayé, les Elaps et le Bengarus sont les principaux serpents qui fournissent les venins de cette première catégorie.

2° Indications des Vipéridés.

Les accidents déterminés par les Vipéridés présentent une grande variété, d'où les indications multiples de ces venins dans le traitement des maladies.

Rappelons que ces venins déterminent des convulsions générales, des inflammations et des gangrènes, enfin des hémorragies.

a) Les *convulsions générales* déterminées par les morsures des grands Vipéridés justifient l'emploi du venin de ces serpents et en particulier celui du Lachesis dans le traitement de l'*épilepsie* et de l'*éclampsie*.

b) Les *congestions* dans les différents organes qui se manifestent par l'action de cette catégorie de venins rendent compte de l'efficacité universellement reconnue du venin du Lachesis contre les congestions de la *ménopause*.

c) *Hémorragies*. Le venin des Vipéridés est essentiellement hémorragipares ; aussi ce venin est-il indiqué dans le traitement du *purpura* et d'un certain nombre d'*hémorragies*. La clinique a justifié ces indications pour le *lachesis*.

d) *Inflammations*. Le processus inflammatoire, nous l'avons vu, se localise sur le poumon, mais principalement sur le foie et le rein ; nos expérimentations avec le

sérum d'anguille, dont l'action est comparable à celle des Vipéridés, nous a montré dans le foie et le rein des lésions d'hépatite et de néphrite qui expliquent les succès dus à l'emploi des venins de cette catégorie dans le traitement des *ictères*, des *hépatites*, des *cirrhoses* et des *néphrites*. L'apparition au bout de quelques heures de sang et d'albuminurie, la quantité énorme d'albumine produite (2 grammes par litre), la diminution de la quantité, puis la suppression complète des urines constituent des sources précises d'indications dans les *affections rénales* et, dans ce cas, nous conseillons surtout d'employer le sérum d'anguille tant à cause des expérimentations que nous avons rappelées que parce que ce médicament est bien plus facilement à notre disposition que les venins, et surtout les venins des serpents exotiques.

L'histoire des accidents produits par les morsures des Vipéridés justifie les indications données par beaucoup de médecins homœopathes du lachesis dans le traitement de certaines *pneumonies*, de la *forme hémorragique des fièvres éruptives*, des *phlegmons*, surtout des *phlegmons diffus*, de la *pyohémie* et de la *gangrène*.

Un grand nombre de médecins se refusent à croire à l'action des venins administrés par les voies digestives.

L'opinion générale et presque toutes les expérimentations directes justifient l'objection des savants qui refusent aux venins toute action quand ils sont administrés par la voie stomacale.

Que répond-on à ces objections dans notre école ?

1° Que les venins pris expérimentalement par la voie stomacale produisent chez l'homme des effets analogues (nous ne disons pas identiques) à ceux produits par la morsure ;

2° Que des observations cliniques en nombre considérable prouvent l'action thérapeutique aussi bien des venins de serpents que des venins d'abeille, des arachnides et des autres animaux venimeux.

Cette démonstration clinique a une grande valeur par le nombre considérable des observations et par la qualité des observateurs ; mais, comme toutes les preuves cliniques, elle n'entraîne pas une conviction irrésistible ; je pense donc qu'il serait nécessaire de reprendre les expérimentations qui ont été faites sur les animaux et de rechercher si la division excessive que nous obtenons par nos dilutions ne permet pas aux venins d'échapper à l'action chimique du suc gastrique, d'être absorbés en nature et de développer des actions en rapport avec leurs doses extrêmement atténuées. Mais, c'est là un travail qui demanderait un temps fort long et dont nous ne pourrions donner les conclusions qu'à une époque indéterminée.

D^r P. JOUSSET.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

NÉPHRITE INTERSTITIELLE. — ACCÈS DE NÉPHRITE SURAIGUE.

— CANTHARIS. — CAPSICUM. — COLLARGOL. — PHOSPHORI
ACIDUM. — LIQUIDE RÉNAL. — SÉRUM D'ANGUILLE. — AMÉ-
LIORATION RELATIVE. — SORTIE.

X... 22 ans. — Réglée à 19 ans d'une manière irrégulière ; règles ordinaires. A souffert du ventre pendant toute sa jeunesse ; n'a jamais rien eu du côté de la poitrine.

Est entrée à l'hôpital vers le 13 octobre. Couchée au n° 5 de la grande salle, elle présentait depuis deux jours les symptômes suivants : douleurs dans le ventre au niveau de l'hypogastre, très vives, urines très fréquentes, toutes les cinq minutes ; douleurs pendant la miction ; urines peu abondantes et sanguinolentes.

Sous l'influence de Cantharis (3°), l'amélioration s'est faite rapidement ; les douleurs ont cessé, les urines sont revenues très abondantes, 2 ou 3 litres par jour ; pâles et troubles, ressemblant à du petit lait.

Pendant plusieurs semaines, la malade se trouvait très bien, présentant pour unique symptôme des urines pâles, troubles, très abondantes, contenant de l'albumine et des tubes du rein.

Vers le 15 décembre commence une rechute qui se caractérise par un mouvement fébrile rémittent, de la céphalalgie, une névralgie du sous-orbitaire, douleurs d'oreilles avec paroxysme le soir et la nuit ; en même temps, les urines devinrent rares et foncées.

Après une dose de sulfate de quinine (1 gr.) pour les névralgies, la fièvre diminua un peu, mais l'affection rénale s'accrut de plus en plus. Urines très rouges par la matière colorante du sang, rares ; douleurs spontanées intenses dans le haut du ventre, douleurs provoquées par le palper dans la région rénale gauche et mouvement fébrile rémittent variant de 37 à 39°5.

A partir du 1^{er} décembre, les urines présentent les caractères physiques décrits, ayant une densité de 1005, et 7 grammes d'urée, ne présentant pas ou très peu d'albumine : la malade fut mise à Iodium (6°) II gouttes.

Le 6. La malade a quelques vomissements, les urines ont diminué de quantité ; elle a 1 gramme d'albumine ;

craignant un début d'urémie, nous prescrivons Glonoïne, X gouttes pour la nuit, et Calomel (1^{re} trit.) 0,25 pour le jour.

Au bout de quarante-huit heures, l'amélioration ne faisant aucun progrès, nous revenons à Cantharis (3°).

A ce moment, la malade se plaint de douleurs névralgiques dans le nerf sus-orbitaire et l'oreille, à gauche ; elle présente en même temps une conjonctivite très douloureuse, on prescrit d'abord Belladone (6°), et un collyre au cyanure de mercure à la dose de 0,05 centigrammes pour 500 grammes d'eau. 1 gramme de sulfate de quinine est administré le 14 décembre.

Le 16. La névralgie a cessé, nous assistons à une nouvelle crise de néphrite ; la fièvre revêt le caractère rémittent, varie de 39 à 39°,5 ; les urines brûlantes, sanguinolentes ; douleurs dans le ventre avec diarrhée fréquente ; palpation du rein gauche très douloureuse. Cantharis est d'abord donnée, puis Corrosivus (3°), puis Veratrum (T. M.), à cause de la diarrhée.

Ces symptômes se calment, les urines pâlisent, redeviennent abondantes, comme du petit lait, albumineuses, mais la fièvre persiste. Le Diadema, puis l'arsenic à la (1^{re} dil.) ne peuvent arrêter le mouvement fébrile ; la diarrhée reparait de temps à autre, nous décidons l'administration du collargol.

Le 30. Collargol 0,02 en 2 pilules.

Le 31. La malade dit qu'elle va mieux ; cependant, le mouvement fébrile persiste. Même prescription.

Le 1^{er} janvier, le mouvement fébrile et la diarrhée persistent. Cependant, la malade dit qu'elle est mieux. — Mêmes prescriptions.

Le 2. Nous lui donnons 3 pilules au lieu de 2, parce

que la fièvre du soir n'était que de $39^{\circ}1$ au lieu de $39^{\circ}8$.

Le lendemain 3 janvier, l'apyrexie s'établit et persiste jusqu'au 7 ; les urines sont abondantes (3 litres $1/2$), elles ont les mêmes caractères.

La malade se plaint de maux de tête : nous suspendons Collargol à partir du 6. La céphalalgie a cessé.

Le 8. La fièvre revient ; nous redonnons Collargol (0,03 en 3 pilules). Douleurs dans les reins.

Le 9 et le 10, on donne Collargol (3 pilules) ; la fièvre tombe, mais le Collargol donne de nouveau une céphalalgie assez violente. On continue alors les 11, 12 et 13 le Collargol, mais on donne une pilule seulement. La température se maintient entre 36° et 37° , et la céphalalgie diminue. Urines abondantes (3 litres à 3 litres $1/2$ par jour), pâles, légèrement troubles.

Les 14, 15, 16 et 17, on donne Cantharis (6^e) II gouttes. La céphalalgie disparaît, la fièvre ne reprend pas. Pas de modification du côté des urines. La malade accuse toujours des douleurs assez vives dans la ventrè et dans le rein gauche.

Le 17, on cède aux sollicitations de la malade, et on lui permet de boire un peu de vin étendu d'eau. Le lendemain, la température remonte et on cesse aussitôt.

Le 18. La température ayant légèrement remontée, on donne Collargol (2 pilules). Urines toujours semblables, dont l'analyse donne :

Urée, 1 gr. 90 par litre ; densité, 1.009.

Le 18 au soir, la température monte à $38^{\circ},6$ et retombe à $36^{\circ},8$ le 19 au matin. On donne, le 19, Collargol, (3 pilules).

Le 19 au soir, la température monte à $38^{\circ},8$, et retombe à $36^{\circ},8$ le 20 au matin. On continue Collargol (3 pilules).

Le 20 au soir, température $37^{\circ},6$. Le 21, matin, $36^{\circ},2$. Pas de changement du côté des urines (2 litres $1/2$ environ). La malade se plaint surtout de violentes douleurs dans le ventre ; les douleurs du côté du rein gauche ont diminué. On continue Collargol (3 pilules).

21. Soir. T. $37^{\circ},9$; 22 matin, T. $36^{\circ},6$. Pas de changement. On donne Collargol (4 pilules). Ce médicament est continué, malgré l'apyrexie, dans le but de modifier l'état du rein.

22. Soir. T. $37^{\circ},5$.

23. Matin. T. 36° . La malade se plaint d'un violent mal de tête ; on donne Collargol, mais 2 pilules seulement. Les urines (2 litres $1/2$ environ) sont troubles, légèrement rosées, présentent un dépôt blanchâtre, renferment 1 gr. 261 d'urée par litre. Le dépôt blanchâtre est formé de globules de pus.

23. Soir. T. $36^{\circ},4$.

24. Matin. T. 36° . La céphalalgie a diminué. On continue Collargol (2 pil.)

24. Soir. T. $36^{\circ},6$.

25, 26, 27, 28, 29, 30, 31. L'apyrexie, qui s'est établie les jours précédents, se maintient, et la température oscille entre 36° le matin, $36^{\circ},4$, $36^{\circ},6$ ou $36^{\circ},8$ le soir. La malade se trouve mieux ; elle souffre moins ; la céphalalgie a disparu, et on continue Collargol (2 pilules). Les urines sont abondantes (3 litres en moyenne), et n'ont pas changé ; la coloration rosée semble cependant avoir disparu.

1^{er} février. La malade ayant mangé un œuf, se plaint de souffrir davantage dans la région du rein gauche. On donne Belladone (T. M.) V gouttes, et on supprime la nourriture. Pas de fièvre.

2. La malade ressent toujours de violentes douleurs, surtout à gauche. L'apyrexie se maintient. Urines abondantes (3 litres 1/2 environ), pâles, légèrement troubles, renfermant 1 gr. 261 d'urée par litre. On donne Cantharis (6°), II gouttes.

3. On continue Cantharis (6°) II gouttes, dans le but de modifier le rein.

4. Bien que l'apyrexie continue, la température ayant tendance à dépasser 37° le soir (37°,5 le 3 au soir), et la malade se plaignant de douleurs plus violentes, on donne Collargol 2 pilules, et on continue Cantharis (6°) II gouttes.

5, 6. L'apyrexie se maintient. Les douleurs ont disparu. Même traitement.

Densité des urines, 1,005.

7, 8, 9, 10. On donne Liquide rénal XX gouttes par jour. Pas de changement dans l'état général. L'apyrexie se maintient, mais toutefois, la température a tendance à monter et à gagner : 37°,5.

10. La malade est prise d'un violent frisson, étant levée; ce frisson est suivi d'un stade de chaleur, et la température monte à 40°. La malade ne se plaint pas de douleurs plus violentes; l'état général reste le même.

11. Le matin la température est de 38°2. On donne Collargol (4 pil.)

Le soir la température est de 39°5. On continue le traitement jusqu'au 17.

12. T. matin 37°5, soir 38°3.

13. T. matin 37°, soir 38°6.

14. T. matin 36°8, soir 37°4.

15. T. matin 36°2, soir 37°.

16. T. matin 36°4, soir 36°8.

17. L'apyrexie s'étant établie de nouveau et la malade

ayant des douleurs un peu plus violentes dans le côté gauche, on donne le 17, le 18 et le 19, la térébenthina (3^e décimale), VI gouttes.

17. T. matin 36°3, soir 36°9.

18. T. matin 36°, soir 37°2.

19. T. matin 36°, soir 37°8.

Urines, toujours à peu près semblables, parfois légèrement hématuriques. Densité 1.006. Urée 3 gr. 84.

20. La température tendant à remonter depuis la suppression du Collargol, on donne Collargol, 4 pilules; T. matin 36°8, soir 37°2.

21, 22, 23, 24. 25. L'apyrexie est rétablie, la température oscille entre 36° et 37°. Malgré cela, on continue le collargol, 4 pilules, et on donne en même temps, liquide rénal, XX gouttes.

25. Analyse des urines, densité 1.007. Urée 3 gr. 84.

26. La malade se plaint de vomir tous les soirs ce qu'elle prend, et cela depuis trois jours. On supprime le collargol, et on continue le liquide rénal. Comme elle tousse et crache un peu, on recherche le bacille de Koch dans les crachats. Cette recherche est négative.

27, 28, 1^{er} mars. On lui donne muriatis acidum (1^{re} dil.) X gouttes contre ses vomissements, qui ne tardent pas à disparaître.

2 et 3. On donne Arsenicum (1^{re} dil.) XX gouttes.

4 et 5. On donne de nouveau Collargol, mais seulement 2 pilules.

L'apyrexie se maintient.

6 et 7. On donne seulement 1 pilule de Collargol, la malade ayant eu quelques coliques.

8. La malade a été prise la veille d'une diarrhée abondante, accompagnée de coliques; elle a eu 15 selles pen-

dant la nuit. On lui donne Veratrum (T. M.) II gouttes, et on cesse complètement le Collargol.

9. La diarrhée a diminué, mais les douleurs se sont localisées au rein et à la vessie; la malade souffre en urinant. On donne Cantharis (6°) II gouttes.

10. Douleurs plus violentes, qui n'ont nullement été calmées par Cantharis (6°) et (3°) donné le soir. On donne alors le matin, Capsicum annuum (6°) I goutte; le soir, comme ce médicament n'avait rien fait, on donne Capsicum annuum (3°).

11. La malade dit avoir moins souffert. On continue Capsicum (3°).

Les 12, 13, 14, 15 et 16. Les douleurs vont en diminuant, puis disparaissent.

Pendant tout ce temps, la malade n'a pas eu de fièvre; les urines étaient un peu moins abondantes et un peu plus colorées.

17. On reprend liquide rénal XX gouttes, et on le continue les 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27. Sous son action les urines augmentent et atteignent chaque jour environ 3 litres. Elles ont une couleur jaune pâle, sont légèrement troubles et laissent déposer un dépôt purulent. L'analyse faite le 21 donne les résultats suivants :

Urée 3 gr. 84. Densité 1.006. Albumine abondante.

Dépôt. Globules sanguins. Globules de pus. Phosphates ammoniaco-magnésiens.

Le 27, la malade se plaint d'une céphalée violente.

Le 28, la céphalée persistant, on cesse le liquide rénal et on lui donne, pour cette céphalée, Belladone (6°) II gouttes.

On examine le dépôt urinaire, auquel on ne trouve pas de changement; la recherche du bacille de Koch dans le dépôt est négative.

22, 30. On continue Belladone (6°) II gouttes et la céphalée disparaît.

31. On laisse ce jour la malade au repos, comme traitement.

1^{re}, 2 avril. Rien de nouveau. On donne Acide phosphorique (3°) X gouttes dans 200 grammes d'eau. Ce médicament est indiqué par l'aspect et la quantité des urines. Analyse des urines. Densité 1.006. Urée 1 gr. 84.

3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. On continue à donner Acide phosphorique (3°) X gouttes.

Le mieux se maintient. L'analyse des urines, faite le 8, donne Densité 1.006. Urée 3 gr. 84.

Du 11 au 18. On donne Acide phosphorique (1^{re}) X gouttes.

L'analyse des urines, faite le 18, donne Densité 1.005. Urée 5 gr. 12.

Examen microscopique. Tubes du rein. Nombreux globules de pus.

19, 20, 21, 22. On donne sérum d'anguilles (3° trit.), 0,20.

23. La malade se plaint de névralgie faciale et de douleurs abdominales, pour lesquelles on donne : Belladone (T. M) III gouttes.

On continue le 24 et le 25. Pendant ce temps, les douleurs diminuent. Le 26, elles ont disparu et on reprend la médication : sérum d'anguilles (3° trit.) 0,20.

La malade, se trouvant bien mieux, quitte l'hôpital le 30 avril ; depuis quelque temps, elle n'a plus de douleurs dans le rein gauche. Les urines, assez abondantes, sont toujours pâles, troubles, et laissent déposer un amas blanchâtre, pulvérulent.

Analyse des urines le 30, donne : Densité 1.005. Urée 5 gr. 50. Globules de pus et tubes du rein.

L'âge de la malade, les paroxysmes suraigus accompagnés d'hématurie, nous avaient fait penser à une néphrite tuberculeuse.

La recherche du bacille de Koch, dans le dépôt centrifugé d'une urine tout récemment recueillie ne nous a jamais permis de constater la présence du bacille tuberculeux.

Ce même dépôt inoculé à deux époques différentes à des cobayes n'a point produit la tuberculose.

Réflexions. — La question du diagnostic nous a longtemps préoccupé. Dans l'impossibilité de constater la présence du bacille de Koch, nous sommes obligé d'admettre l'existence d'une sclérose du rein avec poussées inflammatoires sans que nous ayons pu rattacher cette sclérose à une autre maladie.

Au point de vue du traitement, nous remarquerons que la cantharide a eu son action favorable habituelle pendant les paroxysmes aigus; cependant, à deux fois différentes, cette action a été insuffisante et le mouvement fébrile n'a cédé qu'au collargol.

Ce médicament, administré par la voie stomacale à la dose de 2, 3 et 4 centigrammes, sous forme pilulaire, a produit tout d'abord un sentiment très manifeste de soulagement, puis la diminution du mouvement fébrile qui disparaissait au bout de 48 heures; en même temps les urines cessaient d'être colorées par le sang et redevenaient très abondantes. Ce sont les mêmes effets thérapeutiques que nous avons déjà observé chez la jeune fille qui dans le cours d'une pleurésie, fut prise d'une néphrite purulente extrêmement grave; et dont l'histoire a été publiée dans un des numéros précédents.

Nous avons continué le collargol pendant longtemps chez cette malade, dans l'espoir de modifier la lésion rénale, et nous n'avons rien obtenu.

Pendant l'usage longtemps continué du collargol, nous avons pu observer des accidents : le premier, c'est une céphalalgie considérable qui survenait quand la malade prenait pendant plusieurs jours le collargol à la dose de 4 centigr. ; ce symptôme ne se produisait pas quand elle ne prenait que 1 ou 2 centigrammes par jour, et il disparaissait quand on cessait le médicament.

Vous avons aussi attribué à l'usage du collargol les deux attaques de diarrhée cholériforme avec vomissements et violentes coliques que la malade a présentées deux fois dans le cours de son traitement (ce symptôme a été constant dans nos expérimentations sur les lapins). La diarrhée a cessé rapidement après la suspension du collargol et l'administration du veratrum T. M à la dose de III gouttes par jour.

Le sulfate de quinine ayant été administré contre une névralgie intermittente a ramené un accident aigu du côté du rein.

Les autres médicaments, phosphori acidum, liquide rénal et sérum d'anguille ont été prescrits dans le but de guérir la lésion rénale.

Vous ne pouvons pas dire qu'ils ont produit une amélioration bien notable ; cependant la dose d'urée qui était tombée à 1 gramme par litre est remontée à la fin à 5 gr. 50, ce qui est un progrès.

D^r P. JOUSSET.

CLINIQUE

LA FORME CARDIAQUE DE LA GRIPPE

On a dit avec raison que la grippe était essentiellement protéiforme et qu'en dehors de la forme commune avec ses localisations broncho-pulmonaires, il existait des formes rhumatoïdes, cholériformes, cérébrales. Les auteurs ont enfin signalé une forme cardiaque mais sans que j'ai pu trouver d'observation détaillée ou de description un peu complète. C'est pour cette raison que je publie l'observation suivante :

Mme X., âgée de 74 ans, goutteuse, atteinte d'un diabète intermittent, rendait, au moment où elle a été prise par la grippe, 50 grammes de sucre.

Cette malade, dont l'état général était bon, fut prise le 30 avril, à 8 heures du matin, après une bonne nuit, d'un ensemble de symptômes effrayants et simulant l'angine de poitrine : douleur sous sternale comparée à une main de fer, violente, angoissante, arrachant des plaintes à la malade, s'irradiant dans le bras gauche, avec pâleur de la face, la malade a le sentiment d'une mort prochaine. On lui prescrit *Cactus* (T. M.) III gouttes dans une potion de 200 grammes, alternée tous les quarts d'heure avec *Glonoine* (1° dilution) X gouttes dans 200 grammes d'eau. On fait respirer à la malade plusieurs capsules de *nitrite d'Amyle*.

A midi, l'aspect est changé, la malade est rouge, n'a

plus d'angoisse, la douleur est peut-être plus violente et continue ; l'auscultation du cœur est négative, le pouls est grand, fréquent, bondissant ; il n'y a pas d'hyperthermie. On prescrit *Aconit* (T. M.), XX gouttes, alternée toutes les demi-heures avec *Spigelia* (T. M.) III gouttes.

1^{er} mai (2^e jour de la malade. — La nuit a été très mauvaise, douleur atroce dans la région cardiaque ; la malade, cependant fort énergique, a crié une partie de la nuit. La douleur s'est déplacée : elle siège à la pointe du cœur, il n'y a plus d'irradiation dans le bras gauche, mais la malade se plaint de douleur dans les pieds. Le pouls est fort, fréquent (116) la température est à 37° ; la respiration est gênée par la douleur ; le catarrhe, habituel à la malade, a un peu augmenté ; la toux est très grasse, mais arrêtée par la douleur. Je prescris l'*aconit* et le *Cactus* (en T. M.) alternés toutes les demi-heures.

Soir. — La douleur est toujours très intense, je prescris alors 0 gr. 10 d'*acétate de morphine* dans 125 grammes d'eau ; une cuillerée à café tous les quarts d'heure jusqu'à soulagement. La malade ne prend comme aliment que du lait.

2 mai (3^e jour) — La nuit a été très bonne : la malade s'est endormie après la 3^e cuillerée de la potion et a dormi toute la nuit. Mais ce matin les douleurs, au dire de la malade sont aussi fortes que la veille : elles siègent plus bas et plus en dehors, manifestement dans les nerfs intercostaux ; la respiration est toujours gênée parce que la douleur augmente par la respiration et les quintes de toux ; le pouls est toujours fort, la température nulle, l'auscultation négative. Je prescris *Bryone* (T. M.) X gouttes dans 200 grammes d'eau. On réserve la *morphine* pour la nuit.

3 mai (4^e jour). — Légère amélioration, nuit bonne, la malade a très peu pris de sa potion de morphine, je remplace la *Bryone* par *Ranunculus bulbosus* (T. M.) III gouttes alterné avec *Cactus*, même dose.

4 mai (5^e jour). — Nuit bonne, douleur moindre au réveil, mais recrudescence très marquée de la douleur vers neuf heures et demie avec dyspnée ; amélioration dans la journée : la malade se lève ; elle est réellement mieux.

5 mai. (6^e jour). — La douleur intercostale est certainement moindre quoique la malade se plaigne toujours, elle n'est plus augmentée par la toux ; toujours apyrexie. La malade mange un peu, boit un peu de champagne pour se remonter.

6 mai. (7^e jour). — Très bonne nuit, la malade paraît guérie, elle cause volontiers, légère dyspnée ; aucune douleur.

A neuf heures et demie elle est prise tout à coup d'une sorte de folie du cœur : palpitations, pouls à 14°, avec arythmie, dyspnée. Je prescris sulfate de spartéine 0 gr. 05 dans 125 grammes d'eau, une cuillerée toutes les demi-heures.

Quatre heures après, aucune amélioration. *Agaricus muscarius* me semble indiqué, je le prescris à la 3^e trituration, 0 gr. 20 dans 200 grammes d'eau. Sous l'influence de ce médicament l'amélioration est rapide et la soirée assez bonne.

7 mai. (8^e jour). — Nuit excellente, état très satisfaisant : ni dyspnée, ni douleur, pouls à 76°.

A neuf heures et demie, comme la veille, la malade est prise de dyspnée simulant les accès d'asthme. Cependant à l'auscultation on ne constate pas les signes d'emphysème. Le pouls est régulier, la douleur nulle.

Cette dyspnée a cessé d'elle-même, sans médicament, après une durée d'une heure et demie. Je fais lever la malade, je lui conseille de se nourrir un peu et le soir je lui donne 0 gr. 75 de *sulfate de quinine*, en 2 cachets.

La malade entre en convalescence, elle prend encore du *sulfate de quinine* le soir, par précaution. Elle se lève, mange assez bien, se trouve extrêmement affaiblie, et je commence le traitement de son diabète par le liquide pancréatique, à la dose de XX gouttes par jour.

Nous croyons que le diagnostic : Grippe à forme cardiaque ne peut être contesté. Si le premier jour l'ensemble des symptômes nous a fait croire à une attaque d'angine de poitrine, la suite de la maladie ne pouvait laisser subsister ce diagnostic. L'angine de poitrine, en effet, est toujours, surtout à ses débuts, caractérisée par des accès survenant subitement, d'une durée très courte, puis disparaissant complètement. Les accès subintrants d'angine de poitrine n'ont été en effet signalés que dans les cas très anciens de cette maladie, mais jamais au début. Du reste le déplacement de la douleur, son acuité particulière qui arrachait des cris pendant plusieurs heures, les accès de tachychardie et de dyspnée spasmodique qui ont succédé à la douleur, excluent absolument le diagnostic d'angine de poitrine.

On pourrait peut être objecter que la malade n'ayant pas eu de fièvre on ne peut guère admettre l'existence d'une grippe, et que cette détermination cardiaque a un caractère assez étrange.

Nous répondrons à ces deux objections qu'on a signalé dans plusieurs circonstances des cas de grippe d'un caractère grave et absolument apyrétique. Quant aux symp-

tômes d'angine de poitrine et de folie du cœur présentés par notre malade, ils sont signalés dans le Traité de la grippe de Galliard, dans l'article Grippe rédigé par Fernand Vidal dans le Traité de médecine Charcot-Bouchard, et enfin avec plus de détail à la page 116 et suivantes de *Consultations médicales* de M. Huchard.

Au point de vue thérapeutique nous ferons remarquer l'action rapide de la *morphine* contre l'élément douleur, de l'*agaric. muscarius* contre les troubles cardiaques, et du *sulfate de quinine*, qui a mis fin si heureusement au retour des accès.

La dose de la morphine était très petite, 0 gr. 02 dans 125 grammes d'eau, donnée par cuillerée à café ; trois cuillerées à café de cette potion, c'est-à-dire environ 0,002 milligrammes, ont suffi pour calmer la douleur et amener le sommeil.

Nous insisterons un peu plus sur les indications d'*Agaric muscarius*, ce médicament n'étant pas d'un usage habituel.

Le principe actif de ce médicament est la *muscarine*. Ce corps a été souvent employé dans les laboratoires ; il a une action très énergique sur le cœur qu'il tue par paralysie, en diastole. Cette substance a une action antagoniste très remarquable vis-à-vis de l'*atropine*, et dans les expériences sur les animaux quand les mouvements du cœur ont été paralysés par la *muscarine*, on peut les réveiller par l'*atropine*. Aussi quand un animal a été préalablement placé sur l'influence de l'*atropine*, la *muscarine* reste sans effet sur lui.

Dans la première période de l'empoisonnement par l'*agaricus muscarius* les mouvements du cœur sont très accélérés, irréguliers ; les très petites doses ne produisent

que l'accélération et l'arythmie cardiaque ; c'est pour-
quoi nous avons prescrit à notre malade la 3^e dilution,

Quant au *sulfate de quinine*, il était indiqué par l'inter-
mittence des symptômes.

D^r P. JOUSSET.

PATHOLOGIE INTERNE

DE L'AORTITE ABDOMINALE

M. le professeur Teissier, de Lyon, a publié il y a déjà
quelque temps dans la *Semaine médicale* (26 nov. 1902),
un travail sur l'aortite abdominale. Nous avons hésité
longtemps à en rendre compte parce que nous trouvons
qu'il présente peu d'intérêt pratique et que, malgré le
travail important de Potain sur ce sujet, l'aortite abdo-
minale est restée une curiosité pathologique.

Néanmoins, comme il est impossible de contester l'exis-
tence de cette affection puisqu'il existe des observations
avec autopsie et description de l'inflammation de l'aorte,
il y a une certaine utilité à connaître les symptômes qui
permettront le diagnostic de cette lésion.

M. Teissier décrit trois symptômes essentiels de cette
affection : la douleur provoquée au niveau de l'aorte et
des artères iliaques, la déviation du vaisseau et sa mobi-
lité.

La douleur peut être extrêmement vive, elle se distin-
gue des hyperesthésies de la paroi abdominale par ce qu'elle
est essentiellement localisée à l'artère et qu'elle peut être
constatée le long des iliaques jusqu'à la racine des mem-
bres. Lorsque l'artère est saisissable entre deux doigts, il
est facile de se convaincre qu'elle paraît augmentée de

volume et dilatée. Ajoutons que quelquefois la douleur est tellement intense que l'exploration de l'artère est à peu près impossible à cause de la défense musculaire. Nous venons de dire que l'aorte était plus large; elle doit cette augmentation de volume à la perte d'élasticité, suite nécessaire de son inflammation.

L'aorte est en même temps déviée à gauche et forme une courbe à concavité tournée vers la colonne vertébrale. Potain expliquait cette déviation et cette courbure par l'allongement du vaisseau, consécutif à sa distension plus facile; nous avouons ne pas comprendre l'explication. L'élargissement d'un vaisseau devrait entraîner son raccourcissement et non son allongement. En même temps que l'aorte est déplacée, elle est plus mobile, conformément à ce que M. Teissier appelle une loi formulée par Potain « que l'aorte abdominale ne se libère de ses attaches qu'après s'être préalablement dilatée et enflammée »; il aurait été plus correct de dire enflammée et dilatée, mais passons.

Les autres symptômes sont les battements de l'aorte abdominale, les attitudes bizarres dans le lit.

Les signes sthétoscopiques qui seraient si importants sont souvent nuls : parfois on entend un souffle systolique, mais comme il existe presque toujours une insuffisance des valvules sigmoïdes, ce souffle n'a pas grande valeur.

Rappelons encore un symptôme un peu inattendu que le professeur Teissier appelle le signe de la pédieuse. Voilà en quoi consiste ce signe : quand il existe une aortite, la pression artérielle est plus grande dans la pédieuse que dans la radiale. Quand, au contraire, les battements de l'aorte abdominale sont en rapport avec un état nerveux, la tension dans la pédieuse est plus faible que dans la radiale.

Nous ne parlerons pas des symptômes inconstants et variables siégeant dans les organes abdominaux et qui n'ont rien de caractéristique.

Un mot maintenant sur les lésions de l'aortite abdominale. Dans la seule autopsie rapportée par M. Teissier, les lésions portent à la fois sur l'endartère et sur la tunique externe. L'endartère paraît soulevé par une longue plaque saillante d'aspect rosé et gélatineux. La tunique externe de l'artère contient beaucoup de vaisseaux dilatés et remplis de globules de sang; autour de ces vaisseaux existe une bande très nette de partie inflammatoire.

Tels sont les symptômes et les lésions de l'aortite abdominale. Ajoutons que cette affection est presque exclusive à la goutte et au rhumatisme.

Nous ne dirons rien du traitement de M. le professeur Teissier qui nous a semblé bien banal.

En résumé, quand on rencontrera chez un malade le syndrome décrit ci-dessus, on sera autorisé à admettre chez lui l'existence d'une aortite abdominale.

R. WAGNER.

THÉRAPEUTIQUE

DE L'EMPLOI DU COLLARGOL SANS INDICATIONS.

Dans la séance du 23 avril de la Société médicale des hôpitaux de Paris, M. le Dr Netter a communiqué l'observation d'un tétanos guéri par l'emploi d'injections de collargol dans les veines, concurremment avec des injections de sérum antitétanique, de hautes doses de chloral et des bains chauds.

Le cas de tétanos dont l'observation a été lue à la Société médicale des hôpitaux se rapporte évidemment à cette forme de tétanos relativement bénigne, qu'on désigne parfois sous le nom de *chronique* parce que sa durée est plus longue que celle du tétanos ordinaire et qu'elle ne s'accompagne pas de fièvre ; or, cette forme de tétanos est, de l'avis de tous les médecins, susceptible d'une guérison spontanée ; c'est elle qui explique les succès des médications si diverses et si contradictoires conseillées dans le traitement du tétanos. M. Netter sait cela aussi bien que nous, et c'est pour cette raison que dans sa conclusion, il dit que ce fait ne peut être considéré comme une démonstration d'action curative du tétanos ; on ne peut du reste, s'empêcher d'ajouter que le sérum antitétanique, le chloral et les bains chauds ont bien le droit de réclamer une certaine part dans cette guérison.

Ce fait en lui-même n'a donc pas une grande importance au point de vue de l'action thérapeutique du collargol ; mais il en a une considérable au point de vue des doctrines thérapeutiques, puisqu'il est la preuve qu'il existe encore un grand nombre de médecins, aussi recommandables par leur grand savoir que par les hautes positions qu'ils occupent, qui croient encore à l'*antisepsie médicale*, acceptent que la thérapeutique trouve sa perfection dans la destruction du microbe pathogène et de ses toxines, que la thérapeutique pathogénique est la seule vraie, et que le *contraria contrariis* de Galien doit régner éternellement.

Or, cette thérapeutique est purement hypothétique.

Elle est hypothétique non pas parce que le microbe et ses toxines sont des êtres imaginaires, non pas parce que les propriétés microbicides de certaines substances sont

sans fondement, mais parce que la doctrine étiologique qui fait du microbe et de ses produits la cause efficiente de la maladie est une erreur, et que les antiseptiques chimiques sont absolument inapplicables à l'organisme malade.

Sans doute il est facile de dire : le sublimé, les sels d'argent, l'acide phénique tuent les microbes pathogènes dans leurs cultures et de conclure que ces mêmes antiseptiques tueront le microbe pathogène et anéantiront l'effet de ses toxines chez le malade ; c'est facile à dire, voire même à comprendre, mais si on arrive à l'application, on se heurte aux contradictions, aux accidents ; et on arrive dans le traitement de la fièvre typhoïde, du choléra ou de la tuberculose à un *fiasco* complet.

Pourquoi donc ce qui semblait si simple et si facile conclut-il toujours à un insuccès ? Cette question mérite qu'on l'examine.

Les raisons de la banqueroute faite à la thérapeutique médicale par les antiseptiques sont multiples. La première : c'est que l'action thérapeutique des substances comprises dans la classe des antiseptiques, au lieu d'être proportionnelle à leur puissance de destruction des germes, est en rapport avec des indications pour la plupart inconnues ; d'où il résulte que telle substance antiseptique convient dans une maladie particulière et pas dans une autre. Ainsi, le mercure convient dans la syphilis et n'a aucune action dans la plupart des autres maladies infectieuses ; de même le sulfate de quinine pour la fièvre intermittente. Puis nous sommes obligés de nous arrêter là, car en dehors de ces deux médicaments aucun antiseptique n'a réussi dans les maladies infectieuses, pas même la créosote dans la phthisie.

La seconde raison, qui annule le pouvoir des antiseptiques,

tiques dans la thérapeutique médicale, c'est qu'une fois la maladie déclarée, que le microbe et ses produits ont pénétré toute l'économie, circulent dans les vaisseaux du malade, la dose de l'antiseptique, fût-ce même le collargol sera toujours insuffisante à tuer les microbes, mais quelquefois très capable de tuer le malade.

La troisième raison enfin, c'est que si après des essais continués pendant vingt-cinq ans, les antiseptiques essayés successivement dans toutes les maladies infectieuses ont échoué, il est puéril de croire qu'on trouvera enfin cette pierre philosophale qui permettra de guérir toutes les maladies infectieuses ; on a cru que le collargol était cette merveille, et c'est le comble de l'illusion.

Le collargol est un médicament comme tous les médicaments ; il a ses indications, c'est-à-dire des règles qui fixent son emploi ; ces indications sont encore très incomplètement connues. Comment arriverons-nous à les connaître ? Ce n'est certainement pas en prescrivant le collargol dans toute les maladies infectieuses, à titre d'antiseptique absolu ; mais bien en recherchant, par des expérimentations patientes et suffisamment prolongées, l'action de cette substance sur les organismes sains ; et l'appliquant ensuite, n'en déplaie à M. Netter, d'après la loi de *similitude* au traitement des maladies.

Depuis deux mois, j'ai expérimenté le collargol sur des lapins et le résultat de ces expériences fera l'objet d'un travail particulier. Mais cependant je puis dès maintenant faire connaître quelques-unes des actions du collargol. D'abord ce corps est très peu toxique : les injections intraveineuses, intramusculaires, intra-péritonéales n'amènent la mort des lapins qu'après plusieurs semaines.

Les mêmes doses par la voie stomacale sont *beaucoup*

plus actives et amènent la mort par entérite et diarrhée en quelques jours.

Cette même terminaison par la diarrhée s'est produite chez un lapin qui n'avait reçu le collargol que par injection dans les veines et dans le tissu musculaire.

Le collargol est *pyretogène* : la courbe thermique est celle d'un mouvement fébrile continu. Les urines contiennent de l'albumine dans les derniers jours de la vie des lapins. Nous avons vu que l'entérite et la diarrhée étaient un syndrome constant.

L'examen histologique n'est point encore terminé ; mais il existe des lésions inflammatoires importantes dans l'intestin et dans les reins.

En clinique, le collargol m'a donné deux succès très notables dans le traitement de néphrite infectieuse. Je l'ai prescrit à l'intérieur à la dose de 2 à 4 pilules d'un centig. chacune. Je remarque que chez une malade, à deux reprises différentes, j'ai dû suspendre le médicament parce qu'il avait déterminé une diarrhée douloureuse de quinze à vingt selles par jour. Chez une autre j'ai observé une céphalalgie intense, cédant dès la suspension du médicament.

D^r PIERRE JOUSSET.

DE L'APPLICATION LOCALE DES MÉDICAMENTS.

Nous n'avons pu nous procurer que ces jours-ci le discours prononcé au Congrès du Caire par le professeur Bouchard sur les *tendances nouvelles de la thérapeutique*.

Cette communication, qui traite d'abord de la thérapeutique générale, est surtout consacrée à l'action locale des médicaments. Le professeur enseigne une technique tout à fait nouvelle de ce mode d'application, fait con-

naître des indications jusqu'ici ignorées et apporte des faits nombreux à l'appui de cette nouvelle thérapeutique.

Dans son exposition de thérapeutique générale, le professeur rappelle la doctrine hippocratique de la *nature medicatrix* à laquelle il est resté fidèle ; puis, jetant une vue d'ensemble sur la thérapeutique, il conclut qu'elle se résume en thérapeutique palliative et empirisme. Quant à la thérapeutique pathogénique qui, dans l'école du professeur Bouchard, représentait la thérapeutique de choix, de thérapeutique rêvée, la thérapeutique de l'avenir, elle n'est même pas nommée.

L'empirisme, dit le professeur Bouchard, a du bon, car c'est lui qui a découvert les spécifiques, l'opium, le quinquina, le mercure, l'iode, l'arsenic, le colchique, la salicine.

Si nous sommes heureux de voir abandonner la thérapeutique pathogénique qui n'est qu'une thérapeutique hypothétique parce qu'elle s'adresse à la *cause supposée* de la maladie, nous sommes loin d'être satisfaits de cette nouvelle mise en scène des spécifiques.

Qu'est-ce qu'un spécifique ?

Un spécifique est un médicament qui guérit sûrement une seule espèce morbide ; eh bien, de tous les médicaments énumérés par le professeur Bouchard, il n'en est pas un seul qui guérisse sûrement et exclusivement une espèce morbide. Le quinquina coupe il est vrai les accès de fièvre intermittente ; mais il ne guérit la maladie que dans les formes qui ont une durée éphémère comme la tierce vernale et la pernicieuse ; ces deux formes, en effet, qu'on s'étonnera peut-être de nous voir réunir en un même paragraphe, se terminent spontanément après quelques accès, les premières par la guérison, la seconde par la

mort. Or, le quinquina qui a la propriété de suspendre les accès intermittents, permet dans les deux cas à la nature médicatrice d'accomplir une guérison complète.

Mais, dans la forme commune de la fièvre intermittente, dans la forme quarte, le quinquina guérit bien les accès, mais il ne guérit pas la maladie. Tous les médecins qui ont pratiqué dans les pays à malaria savent bien que le sulfate de quinine coupe les accès de fièvre quarte pour dix-huit ou vingt jours, mais que ceux-ci reviennent pendant des années et nécessitent l'administration répétée du sulfate de quinine ; ils savent que la maladie ne guérit que par un autre médicament, ou par un changement de climat ; le sulfate de quinine, loin d'être un spécifique n'est donc qu'un palliatif de la fièvre intermittente.

J'ajoute qu'à côté du quinquina, je puis citer la noix vomique, les venins, le tournesol et surtout l'arsenic, universellement reconnus comme des médicaments de la fièvre intermittente. Ainsi, le premier et le plus renommé des spécifiques, n'est qu'un palliatif.

On aime encore citer le mercure et l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis ; mais d'abord ils sont deux ; ensuite, il y a des cas où ils ne guérissent pas. Très souvent, ils ne font que pallier les symptômes ; *ils blanchissent le malade*, comme disait Ricord. Et si la méthode de Fournier peut présenter un plus grand nombre de guérisons réelles et définitives, c'est seulement après quatre ans d'administration régulière et intensive des deux médicaments. En sorte que, on peut dire que le traitement de la syphilis, par le mercure et l'iodure de potassium constitue le meilleur traitement de cette maladie (à la condition d'être continué assez longtemps), mais il n'a pas le caractère des spécifiques puisqu'il ne guérit pas sûrement.

J'ajoute que le mercure guérit plus sûrement la dysenterie que la syphilis, qu'il guérit souvent la cirrhose, que c'est un médicament de l'angine, que par conséquent, il n'a pas le caractère d'un spécifique, qui s'adresse à une espèce déterminée.

Je crois qu'il est inutile de faire la critique de l'action spécifique accordée au salicylate de soude dans le rhumatisme et au colchique dans la goutte.

Le salicylate de soude qui n'empêche pas les complications viscérales, qui n'abrège pas la durée de la maladie, est un palliatif par excellence, puisqu'il suffit de le suspendre pour voir réapparaître les accidents.

Quant au colchique, il peut soulager les arthrites goutteuses, il a même quelque fois tué les gouteux, mais il n'en a jamais guéri aucun.

Quant aux sérums thérapeutiques, ils mériteraient davantage le nom de spécifiques puisqu'ils agissent surtout et peut-être exclusivement sur la maladie dont le microbe a fourni les premiers éléments du sérum thérapeutique : le sérum de Roux dans la diphtérie, ceux du tétanos, de la fièvre typhoïde, du choléra, dans ces différentes maladies.

La question de savoir si les sérums thérapeutiques n'agissent, comme il conviendrait à des spécifiques, que dans une maladie déterminée, est encore à l'étude. Ainsi, et pour ne citer qu'un exemple, nous avons vu le sérum de Roux agir très rapidement sur une angine *blanche* très grave et qui ne présentait aucun bacille de Loeffler.

Mais, que l'action des sérums thérapeutiques soit spécifique ou non, il est impossible de les identifier avec les médicaments pharmaceutiques. Les sérums thérapeutiques en effet, ont, comme l'a démontré Arloing, une action

semblable à celle des toxines, qu'ils sont destinées à combattre. Il y a donc là une action homœopathique démontrée qui nous fait considérer comme tout à fait négligeable cette qualité de spécifique que le professeur Bouchard veut bien lui accorder.

Arrivons maintenant à la partie véritablement nouvelle de la communication du professeur Bouchard.

Si on injecte sous la peau, dans le voisinage d'une articulation prise d'arthrite rhumatismale, un dose minime de salicylate de soude 10 à 20 centigrammes, l'arthrite est supprimée. Voici le fait. Le professeur ajoute que cette injection unique modifie le mouvement fibrile et arrête la maladie quand le rhumatisme est mono-articulaire.

Quand le rhumatisme est polyarticulaire, l'injection de salicylate qui a arrêté l'arthrite dans le voisinage de laquelle elle a été faite, n'a aucune action sur les autres jointures malades, pas plus que sur le mouvement fébrile et n'empêche même pas le développement de nouvelles arthrites.

Aussi, l'action serait sûrement curative, mais aussi absolument locale.

Le professeur Bouchard a employé le même mode d'application thérapeutique avec des résultats divers dans des névralgies, y compris les douleurs fulgurantes du tabès, et dans des affections syphilitiques dont la localisation est fâcheuse ou dangereuse comme quand elles ont pour siège la face, la langue ou l'œil ; le liquide employé contenait pour 100 grammes d'eau 1 centigramme de biiodure de mercure et 3 grammes d'iodure de potassium, dont on n'injectait toujours que 2 centimètres cubes.

Dans la syphilis, pas plus que dans le rhumatisme, le traitement local ne doit dispenser du traitement général.

Quel est le mode d'action de la thérapeutique locale par ces doses minimales ? La première explication que donne le professeur Bouchard c'est que malgré ces très faibles doses, cette thérapeutique relèverait de l'antisepsie ; le médicament agirait directement sur les agents provocateurs de la maladie. N'agiraient-ils pas plutôt sur les cellules animales aux prises avec ces agents ?

Le professeur Bouchard, sans trancher absolument la question, incline très certainement vers la première hypothèse, comme le démontre la phrase qui termine sa communication : « La thérapeutique s'inspire surtout de la notion d'infection, qui est la gloire du XIX^e siècle et que va développer le XX^e ; gardons les enseignements et la mémoire de ces deux bienfaiteurs de tous les siècles, Pasteur et Lister. »

Gardons surtout la mémoire de Pasteur qui fut grand non seulement par ses travaux sur la bactériologie, la découverte des microbes pathogènes et de leur rôle, la conception de l'immunité morbide et de la bactériothérapie, mais aussi parce que son intelligence élevée, son jugement droit, l'ont toujours éloigné de l'hypothèse et qu'aucune ne peut être rattachée à son nom.

L'explication de l'action thérapeutique des doses minimales en application locale par l'antisepsie n'est qu'une hypothèse ; le rhumatisme articulaire en effet, ne possède pas de microbe pathogène ; il n'est ni contagieux, ni inoculable ; or, qui dit antisepsie, dit médication dirigée contre un microbe pathogène, il ne saurait donc être question d'antisepsie dans le rhumatisme.

Les doses minimales appliquées localement agissent-elles sur la cellule animale et lui viennent-elles en aide pour lutter contre l'affection morbide ? Cette explication a

l'avantage sur la première, de n'être passible ni d'une démonstration, ni d'une réfutation directe.

Dans l'état, je crois qu'il vaut mieux laisser un point d'interrogation sur le mode d'action des doses minimales appliquées localement et tourner toute notre activité vers la recherche des conditions de succès de cette thérapeutique.

D^r P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. TRAITEMENT DE LA COLIQUE DE PLOMB PAR LE LAVEMENT ÉLECTRIQUE. — II. NOUVEAUX CAS DE SCORBUT INFANTILE. — III. NOUVEAU CAS DE MYXOEDÈME CONGÉNITAL. — IV. A PROPOS DE DEUX CAS DE TACHYCARDIE ALCOOLIQUE TRANSITOIRE. — V. RECHERCHE DU PNEUMOCOQUE DANS LE SANG DES PNEUMONIQUES. — VI. UN CAS DE TÉTANOS TRAITÉ PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSE DE COLLARGOL. GUÉRISON. — VII. PHLÉBITE INFECTIEUSE AU COURS D'UNE CHLOROSE SUIVIE D'AUTOPSIE. — VIII. SUR L'INSUFFLATION D'AIR STÉRILISÉ DANS LES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX.

I

(Séance du 20 mars). — M. GALLIARD fait une communication sur le traitement de la colique de plomb par le lavement électrique. Il rapporte à l'appui de cette manière de faire quatre observations très concluantes.

Voici la première observation; les autres sont comparables.

Colique de plomb simulant l'occlusion intestinale. Un seul lavement électrique. Guérison rapide.

Jean V..., âgé de 36 ans, trieur de métaux, est admis, le 24 octobre 1902, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Louis n° 6.

Après quelques jours de constipation et de malaise, il a éprouvé, le 19 octobre, de violentes coliques. Depuis ce jour, il a pris de nombreux lavements et deux purgation. sans obtenir la moindre évacuation; il a vomi ses aliments. Le médecin qu'il a appelé l'a dirigé sur un service de chirurgie, où il a passé vingt-quatre heures avant d'arriver dans mon service.

La douleur a son maximum dans la région ombilicale. L'abdomen n'est pas rétracté; au contraire, il offre un peu de ballonnement. Le toucher rectal ne donne pas de renseignement positif; l'ampoule ne contient pas de matières. Pas de vomissements. Langue saburrale. Pas de céphalalgie. L'urine contient une grande quantité d'albumine.

Pas de garde-robe depuis cinq jours. Pas de gaz depuis trente-six heures.

S'agit-il d'une occlusion intestinale ou d'une colique de plomb?

Depuis trois ans, le malade est employé, dans une usine à manipuler des métaux, parmi lesquels figure le plomb. Il sait bien que plusieurs ouvriers de son atelier prennent des précautions pour éviter les coliques, mais, pour lui-même, il a toujours été négligent, et n'a d'ailleurs jamais souffert du ventre. Il porte un liséré de Burton assez net.

A 10 heures du matin, je lui administre moi-même un

lavement électrique durant 10 minutes, sans utiliser plus de 12 éléments (25 milliampères) de l'appareil de Chardin. Ce lavement provoque des douleurs assez vives, mais il est immédiatement suivi d'une évacuation copieuse de matières liquides. Je prescris le régime lacté; pas de purgatif.

Seconde évacuation à 2 heures après-midi, sans lavement préalable.

Le soir, 38°6.

Le 25 octobre, 37°6. L'abdomen est toujours sensible à la pression, mais il n'y a pas eu, depuis la veille, de crise douloureuse. La morphine n'a pas été nécessaire. Le pouls est fort, non dépressible. La langue reste saburrale. Je prescris le miel soufré.

Deux évacuations pendant la journée, sous l'influence d'un lavement simple : la première assez liquide, la seconde partiellement solide.

Le 26 octobre, 37°6 et 37°8.

Le 27 octobre, 37°4 et 38°2. Les lavements ne sont pas nécessaires. On continue le régime lacté et le miel soufré.

Les jours suivants la température ne dépasse pas 37°6 le soir.

Le 31 octobre, le malade se considère comme guéri. La langue est nettoyée. Les coliques ont complètement cessé. Les selles sont normales. Il y a toujours de l'albumine dans l'urine. Le malade veut quitter l'hôpital, promettant de continuer, chez lui, le régime lacté.

C'est un traitement qui nous paraît très recommandable et autrement doux et scientifique que l'ancien traitement dit de la Charité.

II

M. COMBY revient sur le *scorbut infantile*, maladie plus fréquente qu'on ne croit et souvent méconnue.

Les trois cas qu'il a présentés à la Société à des séances antérieures avaient tous comme cause l'alimentation avec le lait maternisé. Les deux nouveaux cas qu'il a observés ont été produits par le lait stérilisé de Val-Brenne.

La première observation de M. Comby est très intéressante ; il s'agit d'une fillette de 19 mois qu'on lui amène dans un état de cachexie. Depuis trois mois, cette enfant a cessé de marcher et a présenté des douleurs très intenses dans les membres inférieurs. Sept médecins l'avaient vue et avaient fait des diagnostics divers : rhumatisme articulaire aigu, coxalgie, mal de Pott, arthrite à pneumocoques, paralysie infantile, etc. L'enfant était atteinte de scorbut infantile à la période cachectique : pâleur extrême de la peau, gonflement étendu des deux membres inférieurs ; les gencives de la mâchoire supérieure gonflées, rouges et parsemées d'ecchymoses ; quelques taches de purpura dans le dos.

Cette enfant avait été élevée au lait stérilisé de Val-Brenne.

Comme traitement :

Suppression immédiate et définitive du lait stérilisé, remplacé par du lait frais bouilli ;

Trois cuillerées à soupe par jour de purée de pomme de terre ;

Un peu de suc de viande crue de mouton ;

Quatre cuillerées à café du jus d'orange par jour ;

Quinze jours après, l'enfant était déjà dans un état très satisfaisant.

III

(Séance du 27 mars). — MM. RAYMOND et ROUBINOVITCH, présentent un malade atteint de *myxœdème congénital*.

C'est un homme de 26 ans ; père et mère sains, un frère et deux sœurs vivants parfaitement développés ; un frère mort né ; deux sœurs mortes en nourrice.

Il est né à terme ; pendant le premier mois de la grossesse, la mère a eu une grande émotion.

C'est à partir d'un an seulement qu'on s'est aperçu de la bouffissure des téguments et de l'arrêt de tout développement physique et intellectuel.

Actuellement sa taille est exactement de 83 centimètres et son poids de 19 kilos 1/2.

Il a l'aspect caractéristique des myxœdémateux : petit corps à peau épaisse, gonflée, tuméfiée, dure, élastique et sèche ; surmonté d'une tête relativement énorme ; figure ronde, bouffie, sans expression.

Le dos présente une lordose dorso-lombaire avec une légère scoliose.

L'examen radiographique démontre l'absence à peu près totale des soudures, des cartilages épiphysaires, au niveau de l'articulation du genou, de l'articulation tibio-tarsienne et des articulations des os du torse, du poignet et des phalanges.

M. Raymond se dispose à lui faire faire un traitement thyroïdien, après lequel il représentera de nouveau le malade.

IV

(Séance du 3 avril). — M. TRIBOULET lit deux observations de *tachycardie alcoolique transitoire* qu'il vient de

rencontrer à quelques semaines de distance. Il s'agit de deux hommes d'âge adulte (35 et 38 ans) pris tous les deux à propos d'excès alcooliques d'une tachycardie transitoire (130 à 136 pulsations ; 130 à 140 pulsations) avec apyrexie absolue, ayant duré de sept à huit jours, et ayant disparu simplement par le régime.

Le Dr Triboulet attribue la cause de cette tachycardie à une excitation sur les centres ou les filets nerveux d'innervation du cœur.

V

M. WIDAL a recherché dans 18 cas de pneumonie la présence des pneumocoques dans le sang, et il a eu 6 résultats positifs.

Il a prélevé par ponction rigoureusement aseptique d'une veine du pli du coude 5 centimètres cubes de sang qui a étéensemencé sur 3 à 5 centimètres cubes d'eau peptonée.

Les 12 cas négatifs ont donné 10 guérisons et 2 morts ; les 6 cas positifs, 4 guérison et 2 morts ; ces 6 cas ont présenté des caractères de gravité.

VI

(Séance du 17 avril). — M. NETTER rapporte une observation de guérison de tétanos à la suite d'injections intra-veineuses de collargol. Il s'agit d'un enfant de 9 ans ayant présenté des accidents assez graves, mais presque apyrétiques (un seul jour 38°). En même temps que les injections intra-veineuses de collargol, on a pratiqué des injections de sérum antitétanique (120 grammes en 6 fois) et du chloral en potions et en lavements.

Malheureusement la complexité du traitement enlève

à cette guérison une partie de son importance ; en outre, les cas de tétanos non fébriles guérissent fréquemment.

VII

MM. SAINTON et A. JOUSSET rapportent l'histoire d'une jeune fille chlorotique (souffle systolique à timbre musical presque sifflant le long du bord droit du sternum, pâleur des téguments ; règles irrégulières, douloureuses, sang clair et fluide ; essoufflement facile). Cette jeune fille est prise d'une phlébite et meurt d'une embolie.

L'autopsie a montré l'existence du thymus, un rétrécissement de l'aorte, une rate grosse diffluente et un utérus infantile.

L'examen bactériologique de la rate et de la veine fémorale a montré des staphylocoques en quantité considérable, très virulents pour le lapin, non pathogènes pour la souris.

L'intérêt de cette observation est de montrer l'origine infectieuse, microbienne, de la phlébite, même dans le cours de la chlorose.

VIII

MM. ACHARD et GRENET rapportent 10 observations de *pleurésie traitée par la ponction suivie d'insufflation d'air stérilisé*. Tous ces cas de pleurésie séro-fibrineuse ont guéri par ce traitement sans récurrence ; sauf dans un cas de pleurésie chez un cardiaque. Dans l'observation VI, il s'agit d'une pleurésie récidivante, qui cesse de se reproduire après l'injection d'air.

Dans une pleurésie cancéreuse hémorragique, dans les épanchements chyliformes et purulents, la récurrence

n'a pu être empêchée. Toutefois, dans une pleurésie purulente tuberculeuse, une longue rémission suivit une injection de près d'un litre d'air.

Mais, à défaut même d'effet incontestable sur la résorption des épanchements, l'injection d'air présente un autre avantage, déjà bien mis en lumière par les cliniciens qui l'ont employée : c'est qu'elle permet une évacuation copieuse, sans danger d'accidents de décompression. Chez la plupart des malades, l'évacuation déterminait, à un certain moment, des quintes de toux, des sensations de tiraillement et de constriction thoracique ; or, toujours en pareil cas, l'injection d'air les a fait cesser sur-le-champ.

Aussi peut-on penser que c'est là le traitement par excellence des accidents de la ponction évacuatrice, et il serait à désirer que chaque boîte d'appareil à thoracentèse fût munie d'un dispositif permettant de faire l'injection d'air stérile.

La quantité d'air à injecter paraît devoir être un peu au-dessous du volume de liquide extrait.

D^r MARC JOUSSET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

1

DE LA TRANSMISSION DU PIROPLASMOSE DU MOUTON PAR LES TIQUES.

Cette question, dont nous avons déjà parlé deux fois dans le numéro de février de l'*Art médical*, est revenue

plusieurs fois à l'ordre du jour de la Société de Biologie. Elle semble enfin avoir été résolue dans la séance du 7 février. On se rappelle que M. Motas de Bucarest est l'auteur de cette explication de la transmission du piroplasmose par les tiques.

Le Dr Meignin avait objecté, dans la séance du 10 janvier, que l'ixode femelle (le tique) seule se gorge du sang d'un certain nombre d'animaux (moutons, chien, bœuf, etc), et par conséquent peut seule transmettre la maladie, mais que cela lui est impossible, car lorsqu'elle est gorgée de sang, elle se laisse tomber sur l'herbe où elle ne tarde pas à mourir, après avoir pondu un tas de petits œufs sphériques.

Cette ixode femelle est donc incapable de transmettre la maladie puisque, gorgée du sang de l'animal malade, elle meurt sans pouvoir se fixer sur aucun autre animal.

Dans la séance du 13 janvier, M. Laveran, qui ne reste jamais à court quand il s'agit de la question de la propagation des maladies par les animaux, a répondu qu'à la vérité l'ixode femelle était incapable de propager la maladie, mais que les tiques, issus de cette mère, qui avait sucé le sang contaminé, transmettaient la maladie. Et il en donne pour preuve des expériences, qu'il dit concluantes, faites dans les deux Amériques.

M. Laveran, dans sa discussion, ayant exprimé l'opinion que les tiques n'accomplissaient pas leur transformation de la même manière chez le chien et chez le bovidé, s'est attiré de M. Meignin une réponse péremptoire. Dans la séance du 31 janvier, il a démontré que l'ixode avait les mêmes mœurs et le même genre de vie sur toutes les espèces animales.

Répondant à l'argument de M. Laveran, tiré des expé-

riences du savant américain. M. Meignin les considère comme des quantités absolument négligeables, et compare ces expériences à celle de Davaine sur la mouche bleue, propagatrice du charbon. Or, la mouche bleue est une mouche de cadavre qui ne va jamais sur le vivant.

Dans la séance du 7 février, M. Meignin est venu lui-même à la Société de Biologie établir la vérité de son affirmation, que les ixodes avaient tous le même genre de vie, à savoir : que la femelle fécondée seule se gonfle de sang.

M. Laveran ayant répondu que les observations présentées par M. Meignin ne pouvaient annuler les expériences des grands savants américains, ce dernier a conclu par ces mots : « Je répète que les larves et les nymphes des ixodes n'ayant pas de contact avec les grands animaux, ne peuvent pas leur transmettre de maladie. Nous sommes d'accord sur l'impuissance de la femelle adulte à cet égard. » (page 1765).

Ainsi, la cause est entendue : l'ixode femelle seule, quand elle est fécondée, suce le sang des grands animaux : or, il est démontré qu'elle est incapable de se fixer sur un autre animal, puisqu'elle meurt après avoir quitté le premier ; donc, les ixodes ne sont pas les agents de transmission du piroplasmose.

II

ÉTUDES BACTÉRIOLOGIQUES DE M. PISSOT. — UN LIQUIDE DÉSODORANT.

De ce travail nous ne voulons retenir qu'une chose, c'est la composition d'un liquide qui jouirait d'une puissance merveilleuse désodorisante. En mettant ce liquide en contact avec les matières les plus fétides, les odeurs

disparaissent d'une façon absolue en quelques secondes :

Chlorure de zinc.	10 grammes.
Alun.	100 —
Chlorure de sodium à saturation.	
Eau distillée.	1000 —

(*Société de Biologie. Séance du 7 février*).

III

RÉACTION DE WIDAL ET PRONOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Pour arriver à un pronostic à l'aide de la méthode de l'agglutination, il faut chercher la réaction de Widal avec la culture d'Eberth du laboratoire et avec la culture d'Eberth prise chez le sujet malade.

Si la réaction est négative avec l'Eberth de malade, bien que positive avec le bacille du laboratoire, on pourra en conclure à une gravité du pronostic, malgré les apparences cliniques parfois bénignes. L'agglutination obtenue avec le bacille du malade lui-même est toujours un signe pronostique favorable.

IV

LE MICROBISME NORMAL DE LA BILE.

A l'état normal, les voies biliaires sur la presque totalité de leur parcours extra-hépatique sont le siège d'une abondante flore microbienne aérobique. Jusqu'à la portion moyenne du cholédoque, les anaérobies les plus constants sont le *coli bacille* et l'*entérocoque*. A partir du tiers supérieur du cholédoque existe une zone d'anaérobiose pure ; ce sont le *funduliformis* et le *Perfringens* qui occupent la place prépondérante.

L'origine des canaux hépatiques présente une diminu-

tion brusque, puis la disparition complète des anaérobies.

En sorte que les voies biliaires intra-hépatiques sont absolument stériles.

(Séance du 31 janvier).

V

SUR DEUX HIPPOBOSQUES DU TRANSVAAL SUSCEPTIBLES DE PROPAGER TRYPANOSOMA THEILERI, par M. A. LAVERAN.

Nous rapportons seulement à titre de renseignement la communication de M. Laveran, dont il résulterait que l'un des deux insectes au moins servirait d'agent de transmission à la trypanosome.

(Séance du 21 février).

VI

RECHERCHES SUR LE DEGRÉ DE VIRULENCE DES LIQUIDES DE LA PLEURÉSIE FRANCHE ET DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE, par BESANÇON et GRIPPON.

De ces expérimentations, il résulte que le liquide de la méningite tuberculeuse est beaucoup plus actif pour transmettre cette maladie que le liquide de ce qu'ils appellent la pleurésie franche, et qui, dans ce cas, ne serait qu'une pleurésie tuberculeuse, puisqu'elle contient le bacille de Koch.

Voici la conclusion des auteurs : « Ainsi, tandis qu'une dose de 3 centimètres cubes suffit pour tuberculiser le lapin lorsque le liquide provient d'une méningite tuberculeuse, une dose vingt fois plus forte n'amène généralement pas la production de tuberculose lorsqu'il s'agit d'épanchement de la pleurésie franche. » (page 260).

De ce passage on pourrait donc conclure que *généralement* le liquide de la pleurésie franche ne contient pas le bacille de Koch ; mais, si au lieu de se servir du lapin on se sert du cobaye comme moyen d'expérience, le résultat devient positif trois fois sur quatre. En acceptant ce dernier résultat tel qu'il est énoncé, nous pouvons en conclure qu'il est faux de dire que toutes les pleurésies franches sont tuberculeuses, puisqu'il en est un certain nombre qui ne se transmettent pas même aux cobayes.

(Séance du 17 février).

VII

ACTION DE L'ADRÉNALINE SUR LES VAISSEAUX, par M. LIVON.

L'adrénaline de Clin, comme les extraits de capsules surrénales, produit une hypertension considérable des vaisseaux. Mais d'après les expériences de M. Livon, cette action est d'origine périphérique, puisque, si on en coupe les pneumogastriques et la moelle cervicale au niveau de la 6^e vertèbre, la pression sur les vaisseaux des troncs et des membres ne peut plus être excitée par une action centrale, et l'hypertension se présente toujours après l'injection d'adrénaline ; il faut en conclure que cette action est essentiellement périphérique.

(Séance du 17 février.)

VIII

**INSUFFISANCE SURRÉNALE CHRONIQUE EXPÉRIMENTALE,
par OPPENHEIM et LOEPER.**

Les auteurs de cette communication ont recherché le mécanisme des affections morbides attribuées à la lésion des capsules surrénales : ils remarquent avec raison que

la destruction rapide des capsules surrénales produit des désordres qui ne doivent pas être comparés avec les symptômes produits par une destruction lente et progressive ; ils remarquent encore qu'en clinique c'est la lésion lente et progressive des capsules surrénales qui détermine cet ensemble de symptômes, dont la maladie d'Addison est le type.

Pour détruire graduellement et lentement la capsule surrénale, ils ont injecté dans la capsule les produits toxiques du bacille tuberculeux humain, isolés et étudiés par M. Auclair. Ces produits toxiques ont pour propriété de déterminer une lésion scléreuse locale ou une lésion caséuse, mais sans produire de tuberculisation générale.

Les capsules surénales ayant été détruites par ce procédé chez les cobayes, on a pu noter les symptômes suivants, constants dans toutes les expériences : amaigrissement rapide quelquefois intense, atteignant les $\frac{2}{5}$ du poids de l'animal, asthénie très accusée, se manifestait par l'immobilité des animaux au fond de leur cage, le refus des aliments et la diarrhée. La mort survenait du quinzième au vingt-cinquième jour.

Les auteurs ajoutent qu'ils n'ont jamais observé de pigmentation comme dans la maladie d'Addison, qui, à l'exception de ce dernier symptôme, est reproduite dans son intégrité presque absolue dans les autres organes.

Autre remarque : dès le dixième jour de la destruction des glandes surrénales, les cobayes présentent une résistance très diminuée au poison : ainsi une intoxication phosphorée très minime et qui ne détermine aucun trouble immédiat chez les témoins, tue en cinq ou six heures les cobayes, dont les capsules surrénales ont été rendues malades.

Nous appelons toute l'attention sur ces très intéressantes expérimentations, qui semblent devoir fixer la nature de la maladie d'Addison, et en même temps justifier l'emploi opothérapique des capsules surrénales dans le traitement des maladies caractérisées par la dépression des forces, l'amaigrissement et la diarrhée.

(Séance du 7 mars 1903.)

XI

NOTE EXPÉRIMENTALE SUR LA VACCINE, par EDOUARD CHAUNIER et JULES REHUS.

Les auteurs se sont servis comme vaccin d'un virus provenant de la variole humaine, ayant subi trois passages sur animal et se comportant comme la vaccine la plus légitime sur le lapin, le cobaye et l'enfant.

Cette vaccine, introduite à l'aide d'une sonde molle dans le conduit du rayon gauche postérieur d'une vache en gestation n'a produit aucun phénomène général ni local, et s'est bornée à déterminer une véritable pustulation d'une partie de la mamelle.

Sérum des animaux vaccinés.

Deux chevaux ont reçu sous la peau 200 centimètres cubes de sérum, fourni par un âne vacciné. Cette injection n'a produit aucun phénomène, et n'a point immunisé les chevaux contre l'action du vaccin.

Injection intra-veineuse de vaccin glycérimé.

L'injection dans la veine auriculaire d'un lapin, d'une quantité même faible de vaccin dilué dans de l'eau salée physiologique, confère à cet animal une immunité complète.

L'injection d'une petite quantité de sang d'un lapin ainsi vacciné par la voie veineuse, même quand le sang

est puisé dix minutes après l'injection du virus dans les veines, ne confère aucune immunité à l'animal, qui peut ensuite être vacciné par la voie ordinaire.

Si on mélange dans une capsule du vaccin glyceriné avec le sang tiré de la carotide d'un lapin, ce sang n'acquiert aucune propriété vaccinnante.

Ainsi le vaccin introduit dans le sang d'un animal et qui immunise cet animal contre une vaccination ultérieure ne peut plus être décélé dans le sang de l'animal, quant à ces propriétés vaccinnantes, même dix minutes après l'injection.
(Séance du 14 mars 1903.)

X

PRÉSENCE DU BACILLE D'EBERTH DANS L'URINE DES TYPHIQUES PENDANT ET APRÈS LEUR MALADIE, par VINCENT.

M. Vincent a constaté la présence du bacille d'Eberth dans les urines dix-neuf fois sur cent dans la fièvre typhoïde; ce bacille n'apparaît que du onzième au dix-septième jour. On a expliqué sa présence par son passage au travers du rein mais cette explication ne peut s'appliquer à la présence du bacille d'Eberth, trente jours, plusieurs mois et même, d'après Neufeld, plusieurs années après. Ce fait, dit M. Vincent, a un grand intérêt parce qu'il se range dans les causes de diffusion de la fièvre typhoïde.

On ne peut admettre que ce bacille vienne du sang, puisque le malade est guéri, on ne peut penser non plus à une néphrite, parce que le bacille se rencontre en l'absence de toute albuminurie, en sorte qu'il est probable que la présence du bacille d'Eberth dans les urines, après la guérison de la maladie, dépendrait de sa végétation pure et simple dans la cavité vésicale, où il se cultive comme

en vase clos, l'urine, peu acide ou neutre constituant un bon bouillon de culture, et la vessie une température *optima*.

(Seance au 14 mars 1903.)

XI

REMARQUE SUR L'INFLUENCE DE L'HYPOCHLORURATION SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DES BROMURES

M. Charles Richet a avancé que l'efficacité du traitement de l'épilepsie par le *Bromure de sodium* était beaucoup plus appréciable si le malade était soumis à un régime hypochloruré.

Plusieurs médecins qui s'occupent spécialement d'épilepsie ont confirmé les assertions de M. Charles Richet.

Désirant voir se propager ce mode de traitement, l'auteur répond à l'objection qu'on a cru devoir faire à l'hypochloruration, en déclarant que c'est une pure illusion et que l'absence de sel marin dans l'alimentation ne constitue point un danger.

Dans la même séance, M. Féré remarque que, quand un épileptique est soumis au régime de l'absence de sel, s'il vient à reprendre ce condiment, la quantité de bromure qu'il prenait jusqu'alors devient insuffisante, que dans ces circonstances le malade court le risque de ces gros accès qui signalent la reprise du mal après une longue suspension, et qui peuvent se terminer par la mort. C'est pour cette raison qu'il n'est pas partisan de l'hypochloruration pendant l'action des bromures.

M. Dejerine pense, au contraire, qu'il n'y a aucun inconvénient à soumettre les épileptiques traités par le bromure à l'hypochloruration.

J'ajoute que le professeur Raymond nous a dit n'avoir jamais rien retiré de cette méthode.

(Séance du 15 mars).

XII

DÉMONSTRATION DU PASSAGE DANS L'ESTOMAC, CONTENANT DE L'EAU, DE L'ALCOOL ÉTHYLIQUE INJECTÉ DANS LE SANG, par M. GREHANT.

Nous ne voulons retenir qu'une seule chose de cette note, c'est que l'alcool contenu dans le sang passant dans l'estomac quand il est rempli d'eau, il serait utile dans les cas d'ivresse grave de faire un lavage d'estomac.

(Séance du 17 mars).

XIII

GLYCOSURIE ET HYPOPHYSE, par LANNOY et PIERRE ROY.

On sait que les tumeurs de l'hypophyse déterminent l'acromégalie avec ou sans gigantisme et le diabète. Remarquons cependant qu'il existe un certain nombre de cas d'hypertrophie de l'hypophyse sans acromégalie et sans diabète.

Les théories sont nombreuses, qui ont la prétention d'expliquer le diabète par l'hypertrophie de l'hypophyse. Celle qui est, je ne dirai pas le plus vraisemblable, mais le plus généralement admise, explique la glycosurie par la compression de voisinage exercée par l'augmentation de volume de l'hypophyse.

(Séance du 17 mars).

XIV

DU SIÈGE DES ANESTHÉSIES CUTANÉES CHEZ LES TABÉTIQUES DANS LEURS RELATIONS AVEC LES CRISES GASTRIQUES ET INTESTINALES, par JEAN HEITZ.

L'anesthésie qui, par sa fréquence dans les crises stoma-

cales et intestinales des tabétiques devient un signe diagnostique, siège ordinairement sur une bande horizontale circulaire entre la région mammaire et l'appendice xiphoïde, c'est à la fois de l'anesthésie et de l'analgésie. Remarquons que cette zone répond au territoire cutané de la 4^e à la 11^e racine dorsale, et que les origines des splanchniques dont dépendent les nerfs de l'estomac, se détachent de ces mêmes racines de la 5^e à la 11^e dorsale. Quand la crise est simplement intestinale, l'anesthésie occupe une bande circulaire depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à une ligne courbe à concavité supérieure à 2 ou 3 centimètres au-dessus du pubis.

(Séance du 28 mars).

ACTION DE LA GÉLATINE DECALCIFIÉE SUR LA COAGULATION DU SANG, par MM. GLEY et RICHEL.

XV

De ce travail, très bien fait, nous retenons seulement la conclusion, c'est que les injections de gélatine ne doivent leurs propriétés de coaguler le sang qu'à la proportion de chlorure de calcium qu'elles contiennent.

(Séance du 4 avril).

XVI

INFLUENCE DE L'ORTHOSTATISME (STATION DEBOUT) SUR LA FONCTION DU REIN, par LINOSSIER et LEMOINE.

La station debout abaisse notablement chez tous les sujets la sécrétion de l'eau par le rein, et cette diminution est bien plus marquée quand le rein est malade. Par contre, la quantité d'urée est augmentée presque constamment, l'évacuation des sécrétions de l'acide phosphorique et des chlorures ne semble obéir à aucune règle fixe. D'où

il faut conclure que la station debout apporte une certaine gêne à la fonction rénale. Comment en expliquer le mécanisme ? D'abord parce fait que, pendant la station debout, la pression sanguine est moindre que dans la station horizontale ; on peut encore ajouter que dans la station debout il existe une légère torsion du pédicule rénal.

(Séance du 4 avril).

XVII

DE L'INFECTION TUBERCULEUSE DU CHIEN PAR LES VOIES DIGESTIVES, par FERDINAND ARLOING.

M. Arloing remarque que les tentatives d'infection tuberculeuse par la voie stomacale chez les jeunes chiens sont assez rares, et il donne en cette note le résultat de sept expériences. Des bacilles d'origine humaine ont été ingérés soit avec du bouillon Liebig, soit avec du lait, soit directement par une fistule gastrique. Tantôt le milieu stomacal était normal, tantôt il était alcalinisé ou acidifié. Le produit morbide était une émulsion d'une culture tuberculeuse fort abondante sur pomme de terre.

Arloing conclut de ces expériences que le tube intestinal a été infecté trois fois sur sept ; que deux fois la tuberculose à point de départ intestinal s'est généralisé dans la rate et dans les poumons ; deux fois aussi, en l'absence de toute lésion macro ou microscopique gastro-intestinale, les ganglions périgastriques ont été trouvés tuberculeux ; preuve que la tuberculose peut franchir la muqueuse intestinale saine pour aller infecter l'économie.

A propos de la dernière conclusion de M. Arloing, nous remarquerons que le chien de la première expérience signalé comme ayant laissé passé sans aucune lésion de la muqueuse intestinale le bacille de Koch, est noté comme

ne portant pas de lésion tuberculeuse visible à l'autopsie; mais seulement des signes d'hyperplasie du tissu lymphoïde d'un ganglion, ce qui n'est point de la tuberculose.

L'expérience 5, destiné à prouver le même fait du passage du bacille à travers la muqueuse saine, ne présente absolument au microscope qu'une lésion tuberculeuse au début, le reste des organes étant sain. Si donc il passe des bacilles au travers de la membrane saine de l'intestin, il est juste d'ajouter qu'ils passent en bien faible quantité, puisqu'après trente-neuf jours (exp. V) ils n'ont pu produire qu'une lésion de début dans un ganglion.

Mais M. Arloing est un tenant obstiné de la doctrine de la contagion de la tuberculose; il est de ceux qui, comme Galien, ajoutaient plus d'importance à un syllogisme qu'à l'expérience. Du moment qu'il est démontré qu'une maladie est caractérisée par la présence d'un microbe pathogène spécial, il conclut à la contagion. Qu'importe si les faits cliniques infirment cette conclusion! On peut dire des contagionnistes que *leur siège est fait* et c'est à peine s'ils permettent la discussion.

Or, ce fameux syllogisme : une maladie est caractérisée par un microbe pathogène spécial, donc elle est contagieuse, est faux. Le syllogisme vrai est celui-ci : une maladie est caractérisée par la présence d'un microbe pathogène, donc elle est transmissible; ce qui n'est pas la même chose que d'être contagieux. Ainsi la tuberculose est transmissible par les procédés du laboratoire, comme cela se démontre tous les jours chez le cobaye, et cependant la clinique démontre qu'elle n'est pas contagieuse.

J'irai même plus loin; une maladie peut posséder un microbe pathogène spécial et n'être ni contagieuse ni

transmissible. Par exemple la lèpre qui n'est point inoculable malgré qu'on ait osé essayer d'inoculer à l'homme le bacille d'Hansen; et, quant à sa contagion, elle n'existe, si elle existe, que dans les pays intertropicaux.

Mais revenons à la transmission de la tuberculose; le D^r Jousset, dans son livre sur la *tuberculose, transmission et hérédité*, affirme et démontre qu'il n'existe pas un fait incontestable de transmission de la tuberculose par le lait; les expériences de M. Arloing peuvent-elles être invoquées contre cette opinion? En aucune sorte.

On ne peut, en effet, comparer des expériences dans lesquelles on ingère à des animaux des masses de cultures tuberculeuses à vingt-cinq et trente fois différentes avec les bacilles isolés qui peuvent se montrer dans le lait de vache.

Rappelons qu'au point de vue pratique la question d'hygiène publique qui est en cause est celle-ci : le lait, le beurre et le fromage, produits par des vaches tuberculeuses, peuvent-ils transmettre la maladie.

Remarquons d'abord que, dans les grandes villes, comme Paris, où se rencontrent presque exclusivement des vaches tuberculeuses, les étables sont soumises à des visites de vétérinaires, et que quand une vache est atteinte, elle est sacrifiée. Remarquons ensuite que le lait, provenant de vaches tuberculeuses, mais dont les mamelles sont encore saines, ne contient pas de bacilles de Koch. Troisièmement enfin, s'il existe quelques observations faites sur de jeunes porcs démontrant que la tuberculose a été transmise par le lait de vaches, ces vaches étaient arrivées au dernier degré de la tuberculose et leurs mamelles étaient le siège de ramollissements tuberculeux. En dehors de ces expériences très restreintes et ayant un

caractère tout particulier, on n'a jamais pu déceler la présence du bacille tuberculeux dans le lait, le beurre et le fromage qui sont dans le commerce que par l'*inoculation aux cobayes* de ces différents produits; mais l'inoculation des cobayes est essentiellement un procédé de laboratoire et confirme l'opinion du D^r Jousset, la tuberculose n'est transmissible que par les procédés du laboratoire.

Si l'opinion des contagionnistes était vraie, nous serions obligés non seulement de faire bouillir notre lait, mais encore de faire frire le beurre et le fromage, ce qui est peu pratique.

(Séance du 4 avril.)

XVIII

SUR UN CAS DE STÉRÉOAGNOSIE AU COURS D'UNE POLYNÉVRITE par M. VERGER et ABADIE.

La stéréagnosie est un symptôme caractérisé par la perte de la faculté d'apprécier la forme, la consistance et le poids des corps, avec cependant conservation complète de la sensibilité tactile, douloureuse et thermique; en sorte que le malade est tout à fait incapable, les yeux fermés, de reconnaître, par le palper, les objets les plus usuels tels qu'une clef, une pièce de monnaie, un crayon.

Nous avons observé ce symptôme très marqué chez une malade atteinte d'épilepsie jacksonienne et d'aphasie. Ce symptôme naturellement siégeait dans la main droite, qui est le point de départ de ses attaques d'épilepsie.

La note de MM. Verger et Abadie a trait à une malade présentant une paralysie incomplète dans les membres, due à une polynévrite.

XIX

SUR LE RÔLE DES TIQUES DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA PIROPLASMOSE OVINE, par M. MOTAS (de Bucharest.)

Le médecin de Bucharest répond dans cet article aux critiques si autorisées que le D^r Mégnin a faites de la théorie qui explique la transmission de la piroplasmose par les tiques. Voici les conclusions de cette seconde communication : les larves et les lymphes des tiques, même quand elles sont nées de mères gorgées de sang de mouton malades, sont incapables de transmettre la maladie aux moutons sains. La tique adulte seule est capable de cette transmission.

Or, M. Mégnin, ayant démontré que la tique femelle fécondée qui seule se gorge du sang des animaux, est incapable de transmettre la maladie par cette raison qu'une fois détachée de l'animal malade et gorgée de son sang, elle se laisse tomber à terre et meurt après avoir fait sa ponte, il en résulte qu'il n'y a plus personne pour transmettre la maladie.

(Séance du 25 avril.)

La transmission des maladies par les animaux est aujourd'hui en grande faveur : fièvre intermittente et anophèles, peste et rat ou plutôt les puces qui habitent sur le rat, le surra de l'Inde, le lazara de l'Afrique transmise par la mouche tsétsé, la tuberculose enfin, inoculée par les punaises, la fièvre jaune elle-même ayant une étiologie analogue. Sans nier d'une manière absolue ce mode de transmission des maladies, nous ne l'acceptons que sous réserve expresse; déjà bien des fois, dans l'*Art médical*, nous avons démontré qu'on faisait fausse route en détruisant les anophèles au lieu d'assainir les maré-

cages, véritable cause de la fièvre intermittente; M. Mégnin a répondu victorieusement à la théorie qui fait de la tique l'agent de transmission de la piroplasmose, et nous lisons dans les *Annales de Pasteur* du 25 avril un travail des D^r Elmassidu et E. Migoru qui démontre que le *mal de Cuderas* analogue au Surra de l'Inde n'est point transmis, comme on l'a avancé, par la *mosca brava* ni par le *taon*; quoique cependant ces mouches en grand nombre se nourrissent du sang des chevaux malades et présentent dans leur tube digestif des trypanosomes vivants qui, injectés aux animaux, reproduisent la maladie.

Ces auteurs donnent pour preuve de la non contagion par les insectes ailés, des observations très nombreuses de chevaux malades parqués près de chevaux sains dont ils n'étaient séparés que par des barrières en fil de fer; et, où malgré le nombre considérable de *mosca brava*, la maladie n'a jamais été transmise d'un groupe malade à un groupe sain. « Trois cents chevaux, disent-ils, séparés des infectés par quelques lignes de fil de fer, sont restés absolument sains; pas un des 300 chevaux, exposés aux piqûres des mouches pendant six mois, n'a été malade. » (*Annales de Pasteur*, n° 4, 1903 page 266).

XX

SUR L'ACTION NÉPHROTOXIQUE DES INJECTIONS DE SÉRUM NORMAUX par M. LINOSSIER et LEMOINE.

D'après ces auteurs, le sérum normal de l'homme, du cheval et du bœuf a pour le lapin toutes les propriétés d'un sérum néphrotoxique; c'est-à-dire qu'il produit chez cet animal une albuminurie plus ou moins abondante, ordinairement transitoire, mais quelquefois persistante.

Ces expériences offrent un grand intérêt aujourd'hui que la thérapeutique emploie souvent en injections sous-cutanées le sérum du cheval. A première vue, il est très certain que ce sérum n'a pas une action si fâcheuse chez l'homme que chez le lapin ; mais cependant, nous savons tous que des accidents plus ou moins graves ont été observés à la suite de ces injections. Bordet avait déjà démontré que les propriétés dangereuses des sérums sont détruites par un chauffage à 55 degrés. M. Linossier et Lemoine ont démontré pareillement que les sérums néphrotoxiques perdaient cette propriété par un chauffage à 55 degrés. D'où le conseil déjà donné par plusieurs physiologistes de faire subir aux sérums thérapeutiques le chauffage à 55 degrés.

La question est de savoir si cette température ne détruirait pas en même temps l'activité thérapeutique.

XXI

ACTIONS COMPARÉES DE L'IODE ET DES IODURES SUR LES POUMONS par MARCEL LABBÉ et LÉON LORTAT JACOB.

Il résulte des expériences de ces auteurs que les préparations iodurées déterminent des congestions et des hémorragies pulmonaires extrêmement intenses en même temps que la production d'éosinophiles très nombreux. L'iode, au contraire, présente une congestion pulmonaire beaucoup moins intense, très rarement des hémorragies et dans tous les cas beaucoup moins abondantes que celles produites par l'iodure de potassium ; l'éosinophilie fait toujours défaut et jamais on n'observe de sclérose pulmonaire.

Nos auteurs remarquent qu'à la fin des attaques d'asthme on constate une grande abondance de cellules éosinophiles

dans les crachats et que d'un autre côté l'iodure de potassium, chez l'animal sain, détermine la production dans le poumon d'une grande quantité de ces mêmes cellules éosinophiles. Rappelant d'un autre côté que l'iodure de potassium a une action incontestable et très favorable sur l'attaque d'asthme, ils se demandent quelle est la signification de ce double fait : production de l'éosinophilie par l'iodure de potassium et par l'asthme.

Il me semble qu'il n'y a qu'une seule interprétation de ce fait. L'iodure de potassium et l'asthme produisent dans le poumon l'éosinophilie c'est donc en conformité à la loi des semblables que l'iodure de potassium guérit l'asthme.

L'iodure de potassium qui guérit l'asthme produisant la même lésion sur le poumon que la maladie, *similia similibus curantur*.

(28 avril).

D^r WAGNER.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

EFFETS NUISIBLES DES SELS DE CHAUX DANS LA GOUTTE ET CHEZ LES SUJETS AGÉS, par le D^r NORDHORST de Wiesbaden.

La présence fréquente des dépôts calcaires dans les tissus séniles peut provenir d'une plus grande teneur du sang en sels de chaux ou de leur moindre solubilité, et de la diminution de leur élimination par les urines.

Le sang d'un nouveau-né contient six fois moins de chaux que celui d'un adulte diabétique; car la chaux sert à l'ossification du squelette, tandis que chez le diabétique et le vieillard la chaux est sans emploi, et l'organisme tend à diminuer sa provision de chaux, parce que les organes

moteurs s'atrophient en raison de la diminution des mouvements.

L'auteur, faisant boire à des sujets ayant moins de 40-45 ans assez d'eau de Wiesbaden pour rendre leurs urines alcalines ou neutres, voit ces urines contenir assez de carbonate de chaux pour faire un dépôt abondant. Les sujets ayant plus de 40 à 45 ans, buvant la même quantité d'eau de Wiesbaden, sécrètent une urine alcaline très limpide, pour cette raison que, plus jeunes, ils éliminent mieux leur excès de chaux.

Le manque d'aptitude qu'ont les reins ou la muqueuse intestinale d'éliminer de grandes quantités de chaux ou la tendance qu'ont certains organes de retenir ces sels sont les raisons des masses qui s'accumulent dans le sang; et ces phénomènes produisent les dépôts crétacés des artères grosses et petites. Les petites deviennent de vrais tuyaux rigides; les plus grosses ne sont ossifiées que par points séparés.

L'infiltration calcaire des grosses artères amène l'hypertrophie du cœur qui compense temporairement les troubles circulatoires. L'infiltration des artérioles diminue, l'apport sanguin met en souffrance la nutrition et ralentit les échanges; l'alcalinité des humeurs est diminuée. Moins s'effectuent les oxydations, plus se produit d'acide urique; plus les tissus sont desséchés, plus sont favorables les conditions de formation de cristaux d'urate et la production de la goutte.

Pour empêcher la sénilité précoce que produit l'ossification des artères et des cartilages, il est donc rationnel d'éviter l'ingestion des eaux minérales calciques, ou le carbonate de chaux, comme on doit aussi le faire quand existe le diathèse urique. Et cependant, il y a longtemps

qu'on a observé les bons résultats des phosphates et carbonates de chaux, dans cette diathèse et Schussler emploie le phosphate contre les infirmités de la vieillesse. Von Norden avait vu que les concrétions d'urates se formaient moins après l'ingestion de grandes quantités de carbonate de chaux; on sait (Garrod) que l'urate de chaux n'est soluble que dans 2.800 grammes d'eau pour un gramme de sel, et ne se dissout qu'avec une extrême lenteur. L'auteur, bien avant von Norden, avait annoncé cette difficulté de l'excrétion des urates formés dans l'économie. Chez les sujets âgés de plus de 40 ans, ayant absorbé une grande quantité de carbonate de chaux, l'acide urique s'unit à la chaux pour faire l'urate calcique.

Cette combinaison est favorisée par la présence d'un peu de sel sodique, comme celui qui se trouve dans les humeurs de l'économie, phosphate, acétate, lactate, etc.

Puisque chez les gens âgés se forme une retention des sels de chaux, proportionnée à la masse de chaux prise en excès, il est facile de limiter cet excès par l'absorption d'eaux qui contiennent, outre la chaux, des quantités notables de bicarbonate de soude et de chlorate de sodium, mais beaucoup moindres de carbonate de chaux et de carbonate de magnésie. L'utilité de ces eaux peut être d'ajouter au sang du carbonate de soude, car on sait qu'à la dose de 0,4 p. 100 ce sel a le pouvoir de dissoudre et maintenir en solution l'acide urique.

Peut-être la quantité minime de carbonate de chaux entrant dans la composition de ces eaux minérales est-elle l'élément actif, le carbonate calcique donnant une nouvelle impulsion pour la sortie qui tarde à s'effectuer, du sel de chaux par l'urine. Ce carbonate à haute puissance, dans maint cas de goutte, est assurément un très utile médi-

caments. Une prise exagérée de sels de chaux est capable de faire grand mal aux gens âgés et affaiblis.

Allg. homoop. Zeitung (janvier 1903).

D^r PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

ÉRYTHÈME SCARLATINIFORME DESQUAMATIF COCAÏNIQUE.

L'érythème cocaïnique est une complication qui ne semble pas signalée. M. Faivre en rapporte une observation (*Loire médic.*, 1 fév. 1903). Une jeune fille d'une vingtaine d'années présentait à la base gauche du cou une petite tumeur de la grosseur d'un haricot, oblongue, un peu adhérente à l'aponévrose, de nature douteuse. M. Faivre en pratiqua l'ablation le 8 mai 1902, après asepsie du champ opératoire et anesthésie au chlorhydrate de cocaïne : 2 centimètres cubes de la solution au 1/50 injectée dans la peau.

Deux minutes après l'injection, la malade pâlit et accuse un malaise. L'opération est menée activement, l'anesthésie est complète. Ablation facile de la tumeur, suture au crin de Florence, pansement à la gaze stérilisée. La malade accusant des vertiges, M. Faivre la garde étendue horizontalement pendant une heure environ. Les vertiges disparaissent, mais la tête est lourde. Le soir même céphalalgie, pâleur, vomissements, insomnie, agitation ; le lendemain 9 mai, fièvre Tm. 38, Ts. 39. Inappétence, diarrhée, vomissements, face rouge. Le 10 mai, face d'un

rouge vineux, uniforme, érythème scarlatiniforme sur tout le corps, mais prédominant à la face postérieure des poignets et des coudes, aux genoux, sur la rotule, au cou-de-pied, sur les fesses. Pas d'angine, urines rouges sans albumine, Ts. 38, 8. Le 11, Tm. 39, Ts. 39, 8 ; dans l'agitation de la malade, le pansement s'est défait, la suture s'est souillée ; il y a un peu de suppuration. Céphalée, insomnie. Le 12, la température tombe : 38. L'érythème pâlit. La langue est rouge. Guérison et desquamation les jours suivants. Trois semaines après, chute des ongles et des cheveux.

Cette malade n'avait été en contact avec aucun scarlatineux et n'avait contagionné personne de son entourage ; d'ailleurs elle n'avait pas d'angine. Les antiseptiques ne sauraient être incriminés. L'auteur n'avait employé que des solutions et des pansements stérilisés par la chaleur et l'alcool à 90°. Aucun médicament autre que la cocaïne n'avait été absorbé.

Reste la cocaïne. La menace de syncope observée après l'injection, la persistance des vertiges dénotent une sensibilité particulière de la malade vis-à-vis de la cocaïne. L'érythème est-il dû à la même substance ? M. Faivre le croit. Il ajoute que la solution employée avait été parfaitement stérilisée et était de préparation récente. C'est ce dernier point qu'il eût été intéressant d'éclaircir. Aucune altération ne s'était-elle glissée dans le liquide injecté ? On sait que les solutions aqueuses de cocaïne s'altèrent très vite (au bout de 3 jours) et que l'introduction de germes infectieux par le liquide altéré aurait pu, de son côté, provoquer un érythème toxique. A noter du reste, dans le cas présent, la suppuration de la plaie opératoire.

Des observations ultérieures établiront si l'érythème en

pareil cas doit être imputé à la cocaïne ou à l'altération du liquide.

(*Journal des praticiens*, 21 mars).

ACTION DU JUS DE RAISIN SUR L'ORGANISME; CURE DE RAISINS.

De tout temps le moût de raisin a été utilisé comme moyen thérapeutique, mais c'est surtout du XIX^e siècle que date l'emploi méthodique de la cure de raisins; le chasselas est le raisin le plus généralement recommandé.

La quantité de raisins qu'il convient de manger par jour varie de 500 grammes à 3 kilogrammes, suivant les maladies, et ne dépasse guère 4 kilogrammes; on commence presque toujours par une petite quantité (500 à 750 grammes), et l'on augmente progressivement la dose. La durée de la cure est de trois à six semaines, un mois en moyenne.

Le raisin est absorbé le matin à jeun; toutefois, si la quantité à ingérer est considérable, on la prend en deux ou trois fois, mais toujours une heure avant les repas.

La promenade et l'exercice au grand air favorisent les effets de la cure.

Frappé des bons résultats que donne assez souvent la cure des raisins, M. Moreigne s'est livré sur lui-même et sur deux autres personnes à une série d'expériences ayant pour but d'expliquer les effets observés.

Voici quelles sont les principales conclusions de ses expériences.

Sous l'influence de la cure des raisins il se produit :

Une augmentation de la diurèse;

Une diminution de l'acidité des urines;

Une diminution en valeur absolue et relative de l'acide urique;

Une action dérivative sur l'intestin (action laxative);

Une diminution des fermentations intestinales;

Une action d'épargne vis-à-vis des matières azotées (un engraissement azoté), c'est-à-dire une diminution dans la désassimilation azotée, et cela, sans que la perfection de cette désassimilation azotée soit diminuée. Il est à remarquer que cette action d'épargne se manifeste malgré l'action laxative produite, laquelle action a la propriété d'augmenter la désassimilation azotée, ainsi que les oxydations. C'est là un *avantage* sur les purgatifs ordinaires ou médicamenteux, avantage d'autant plus précieux que la cure de raisins peut être continuée longtemps sans inconvénients;

Une fixation de graisse dans l'organisme;

Une suractivité de la fonction hépatique et, en particulier, de la sécrétion biliaire; cette propriété est fort importante et explique les bienfaits de cette médication dans beaucoup de cas pathologiques.

Par son pouvoir d'épargne des matières azotées et de fixation des graisses, et en tenant compte des sels minéraux du raisin, la cure de raisins se trouve indiquée dans les maladies à dénutrition rapide et à échanges exagérés, telles que la tuberculose. Elle fournit, en effet, grâce aux hydrates de carbone qui y sont contenus, des principes combustibles qui protègent ceux de l'organisme.

Tous ces faits sont d'une réelle importance. Ils montrent que le jus de raisin agit sur plusieurs grandes fonctions de l'organisme, en particulier sur les fonctions hépatique, intestinale et rénale; ils font ressortir ses multiples propriétés thérapeutiques et permettent d'expliquer — et même d'en prévoir de nouveaux — les nombreux et bons

résultats relatés par les médecins des stations uvaies dans un certain nombre d'affections ou d'états pathologiques.

La médication par le raisin a le grand avantage d'être acceptée avec plaisir par presque tous les malades et en particulier par les enfants. Elle est absolument inoffensive et peut être continuée pendant de nombreuses semaines sans inconvénients. (*Arch. de méd. expériment.*, mai 1902, et *Gazette des hôpitaux*, 14 août).

L'HYPPOCHLORITE DE CHAUX DANS LES BRULURES

M. Tichy recommande l'emploi d'une solution de chlorure de calcium surtout dans les brûlures du deuxième et du troisième degré. D'abord, on applique des compresses imbibées d'huile; puis au bout de vingt-quatre heures on ouvre les phlyctènes en s'entourant des précautions aseptiques ordinaires. On recouvre alors les blessures de compresses imbibées de la solution suivante :

Hypochlorite de chaux. 2 gr. 4 à 5 gramm.

Eau distillée 900 —

Filtrez et ajoutez :

Alcool camphré. 5 —

Aussitôt que la sécrétion de la blessure cesse, des croûtelles se forment sur la peau. Dès que la peau est séchée sous ses croûtelles on peut cesser le pansement humide et recouvrir alors d'une couche de lanoline.

(*Gazette des hôpitaux.*)

UN MOYEN POUR FAIRE PRENDRE LE SULFATE DE QUININE AUX ENFANTS

M. le D^r Borde a trouvé un moyen commode de faire avaler le sulfate de quinine aux enfants de tout âge, sans

qu'ils en ressentent l'amertume. Le voici tel qu'il le rapporte dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* (1903, n° 9) : 1 gramme de sulfate de quinine est mêlé au mortier avec 8 grammes d'huile d'olive. Vingt gouttes de ce mélange (comptées au moyen du compte-gouttes normal) contiennent 5 centigrammes de sel de quinine. Si, dans une cuillerée à soupe, remplie à moitié de lait froid, sucré de préférence, on verse des gouttes de cette mixture huileuse, on voit l'huile former, au milieu du lait et à sa surface, une lentille. L'enfant avale sans répugnance aucune le lait et l'huile, tout ensemble. En ayant la précaution de lui faire boire une gorgée d'un liquide quelconque aussitôt après, il ne conservera dans la bouche aucune saveur amère. Si on ne prenait pas cette précaution, il éprouverait, après quelques secondes, une très légère amertume, qui disparaîtrait d'ailleurs rapidement. On peut, du reste, déglutir cette huile toute pure très facilement, l'amertume qu'on en éprouve est légère et de courte durée et peut être évitée si on boit par dessus, car chaque particule de quinine étant enveloppée d'huile, et glissant comme une pilule sur la muqueuse humide de la bouche, est entraînée par les liquides déglutis après l'huile.

Grâce à ce procédé, dit M. Borde, l'administration du sulfate de quinine aux enfants devient extrêmement facile et ce sel peut leur être donné aussi souvent qu'on le veut chaque jour, sans mettre leur estomac et leur caractère en révolte.

(*Gazette des hôpitaux*, 3 mars.)

VARIÉTÉS

CONGRÈS DU CAIRE

Nous ne retiendrons de ce Congrès, qui a eu une couleur tout à fait locale, par la nature des cas pathologiques dont on s'est occupé, que la communication de M. Chantemesse sur la sérumthérapie de la fièvre typhoïde, et les discussions sur la dysenterie des abcès du foie.

Il résulte de la communication faite sur la dysenterie que, dans les pays chauds, les abcès du foie sont environ 80 fois sur 100 des abcès post-dysentériques.

M. Kartulis, d'Alexandrie, a soutenu que la dysenterie endémique était toujours due à une amibe, tandis que la dysenterie épidémique était produite par le bacille de Shiga-Krause, très voisin du coli-bacille.

Le rôle des amibes dans la production de la dysenterie est nié par M. Metivi, de Saïgon.

Nous n'avons pas les éléments nécessaires pour discuter cette question des amibes dans la dysenterie, mais, de tous les travaux que nous avons lus, il résulte pour nous que les bacilles de la dysenterie sont habituellement une des variétés du bacillum coli.

Nous sommes obligés de constater la pauvreté de la thérapeutique exposée dans le Congrès du Caire à propos de la dysenterie. Tout leur traitement est local : il consiste dans l'administration de lavements avec des solutions antiseptiques. Ces médecins ont oublié la renommée traditionnelle de l'*ipéca* et du *calomel*, les illusions du microbe

les ont égarés. Rappelons que les médecins anglais, qui traitent la dysenterie dans les pays chauds, obtiennent de grands succès à l'aide du calomel. J'ajoute que, d'après ce que j'ai pu voir en Europe, où nous observons des épidémies extrêmement graves, l'*ipéca*, la *coloquinte* et surtout le *sublimé* (tous à dose minime ou infinitésimale), m'ont donné les plus beaux succès.

MAISON MARGUERITE

Hôpital gratuit pour enfants de 2 à 12 ans.

Neuilly-sur-Seine, rue Borghèse, 139.

RAPPORT MÉDICAL

Nous avons hospitalisé, en 1902, 148 enfants, représentant 3.891 journées de présence. Les malades peuvent se répartir de la manière suivante :

Rougeole.	20
Bronchite.	30
Bronchopneumonie.	2
Pneumonie.	4
Congestion pulmonaire.	1
Grippe.	1
Laryngite.	2
Erysipèle.	1
Amygdalite.	4
Varicelle.	8
Scarlatine.	13
Coqueluche.	10
Tuberculose.	2
Fièvre typhoïde.	5
Méningite.	2
Diphthérie.	2
Angine.	9
Purpura.	1
Rhumatisme.	6
Eczéma impetigineux	1
Ictère.	1
Diarrhée.	1
Adénite suppurée.	1

Néphrite.	1
Ostéo-myélite.	1
Appendicite.	1
Embarras gastrique.	4
Convalescents.	12
Total.	148

Nous avons eu à enregistrer 6 décès : 2 par méningite tuberculeuse ; 1 par congestion pulmonaire (enfant amené mourant, décédé quelques heures après son entrée) ; 1 par tuberculose généralisée ; 2 par diphtérie (le premier entré à 5 heures du soir est mort à 5 heures du matin ; le second ayant présenté une forme très grave ; après quelques jours de traitement, il paraissait sauvé, lorsqu'il fut pris d'accidents convulsifs dont il mourut en quelques minutes).

Parmi nos fièvres typhoïdes, nous avons eu 1 cas, particulièrement grave, qui a guéri malgré deux hémorragies intestinales très abondantes.

Nous signalerons aussi parmi les cas graves que nous avons eu le bonheur de guérir, un petit garçon entré pour une scarlatine, qui se compliqua d'une otite moyenne ; celle-ci nécessita l'opération de la trépanation de l'apophyse mastoïde, pratiquée par le Dr Châtellier, que nous tenons à remercier pour les soins si dévoués qu'il a bien voulu donner aux petits malades de la Maison Marguerite ; cet enfant, pendant sa convalescence, a été atteint d'une pneumonie qui nous a beaucoup inquiété à cause de sa faiblesse et dont il est heureusement guéri.

Les consultations externes ont notablement augmenté cette année, 490 au lieu de 223.

Au 1^{er} janvier 1903, 11 enfants restaient en traitement.

Dr MARC JOUSSET.

Le Propriétaire-Gérant : P. JOUSSET

L'ART MEDICAL

JUIN 1903

CONFÉRENCE

FAITE AU CERCLE CATHOLIQUE DU LUXEMBOURG

le 20 mars 1903.

Mesdames et Messieurs,

Au XVIII^e siècle, un courant irrésistible précipitait les sciences dans le matérialisme. La Mettrie et Cabanis furent les deux hommes néfastes qui firent verser la médecine dans cette doctrine. Au siècle dernier, le matérialisme fut défendu et propagé par des hommes bien supérieurs à La Mettrie et à Cabanis : je veux parler d'Auguste Comte et de Virchow. Aujourd'hui, rien n'est changé, et dans la dernière pathologie générale publiée sous la direction et l'inspiration du professeur Bouchard, le professeur Roger, qui a traité de l'homme et de la nature vivante, fait profession d'un matérialisme complet, pour ne pas dire grossier. Ainsi, les êtres vivants ne fonctionnent que par leurs organes matériels stimulés par les causes extérieures, et le monde des corps vivants a toujours existé. Si vous ajoutez à cela que le darwinisme, et le darwi-

nisme compris de la manière la plus matérialiste, ce qu'on appelle l'évolutionisme, est professé à la Faculté de médecine d'une manière assurée, vous vous rendrez compte jusqu'à quel point le matérialisme a pénétré l'enseignement de notre Faculté de médecine.

Eh bien, Messieurs, ceci nous impose un devoir : ce n'est pas seulement de protester (cela a peu de portée), mais c'est de combattre cet enseignement, et de le combattre non seulement par les critiques que nous pouvons en faire dans les livres et dans les conférences, mais de le combattre surtout par un enseignement contraire. Tel est, Mesdames et Messieurs, l'objet de cette conférence.

Si la pathologie générale est cette partie des sciences médicales qui s'occupe des doctrines et des définitions, je ne pouvais choisir un terrain plus propice pour y exposer ma thèse.

La pathologie générale comprend quatre chapitres : la nature de l'homme, la maladie, la cause et la thérapeutique. De nos temps, on y a ajouté, sans raison, l'étude des symptômes et des lésions, qui appartient à la séméiotique et à l'anatomie pathologique. Je laisse ces choses de côté ; ce n'est pas de la pathologie générale. Nous aurons donc à traiter de l'homme, de la maladie, de la cause et de la thérapeutique.

I. — *L'homme et les êtres vivants.* Cette question constitue une science qu'on appelle l'anthropologie. Je ne vais pas aujourd'hui passer en revue devant vous tout ce qui a trait à cette science-là, mais il y a deux faits, deux questions, deux problèmes que je retiens, parce qu'ils importent à notre thèse : c'est la manière dont le maté-

rialisme comprend et définit l'homme et l'être vivant ; c'est l'opinion qu'il professe sur leur origine.

Je n'irai pas chercher dans Cabanis, dans Broussais et dans d'autres auteurs, aujourd'hui oubliés, les définitions à réfuter. Je m'arrête aux derniers en date, au professeur Virchow, d'une part, et au professeur Roger, qui n'a fait que le répéter. Ces deux hommes, et surtout Virchow, professent l'opinion que la cellule est le prototype des êtres vivants : la cellule naît, la cellule vit, elle se développe, elle respire, elle se nourrit, elle se reproduit par scissiparité, elle a tous les attributs d'un être vivant ; et c'est par des associations de cellules que le professeur Virchow comprend la formation de tous les organes. Il appelle cela même la fédération des cellules. Il déclare positivement, en y insistant, que la cellule n'a ni âme ni archée, ni esprit recteur, et que tout est mù, dans ce monde des cellules, par l'irritabilité. C'est un mot qui a un sens vague, qui n'est qu'une hypothèse. Mais comme il fallait quelque chose pour faire manœuvrer des cellules, Virchow a dit : l'irritabilité. Quant au professeur Roger, il dit : « Les agents externes, et particulièrement la lumière solaire et la chaleur ».

Je vous ai dit que ces deux auteurs professaient l'opinion que la matière vivante était éternelle, c'est-à-dire qu'elle n'avait pas commencé. Virchow dit : *Cellula è cellula* : La cellule naît de la cellule. N'en demandez pas davantage, il vous regarde avec mépris et, si vous élevez une objection, il vous dira que cela lui est bien égal. C'est tout à fait un élève de l'école positiviste, qui nie et la recherche des causes premières et la recherche des causes finales. Pour ces savants, la science est décapitée. Il n'y a que des faits, et des lois qui président à la succession de

ces faits. Voilà donc aujourd'hui, en médecine, l'opinion des maîtres, sur les questions les plus importantes.

Eh bien, je vais opposer, à cet enseignement, notre enseignement personnel sur la nature des corps vivants, sur celle de l'homme, et sur leur origine.

Pour nous, les corps vivants ne sont pas d'une seule nature, d'une nature matérielle. Pour nous, les corps vivants sont des mixtes, des composés; et l'homme en particulier est un composé, et ce composé est tellement constitué que l'esprit, d'une part, et la matière, de l'autre, constituent un tout; c'est une union qu'on appelle *substantielle*, ce qui veut dire que le corps est tellement pénétré par l'esprit qu'il n'y a plus ni un esprit distinct ni un corps distinct, mais une troisième et nouvelle substance qui s'appelle l'homme. C'est une vieille doctrine; elle remonte jusqu'à Aristote et Saint Thomas d'Aquin.

De cette doctrine nous déduisons ces conséquences en physiologie et en pathologie : ce n'est pas l'esprit ou le corps, qui souffre, et ce n'est pas l'esprit ou le corps qui agit, mais les actes comme les souffrances sont du composé : *Actiones et passiones sunt compositi*, comme on disait autrefois. Ce que je dis de l'homme, je le dis de tous les êtres vivants, depuis le brin d'herbe jusqu'à l'homme. Il y a toujours un composé substantiel d'un principe animateur et d'une matière, qui fait la nouvelle substance qui est la substance végétale ou animale, ou l'homme.

Maintenant, quant à l'origine des êtres vivants, je m'y arrêterai un peu plus. J'ajoute que nos matérialistes en prennent à leur aise avec nous : ils disent ; « La cellule engendre la cellule », comme les petits enfants disent que c'est l'œuf qui fait la poule et la poule qui fait l'œuf, sans

penser qu'il faille arriver une fois pourtant, à une poule qui a été créée ; et aller à ce qu'on appelle, dans l'Ecole, *le premier moteur immobile*. Mais la métaphysique n'est point ma spécialité ; de plus elle n'est guère à la mode, c'est pourquoi je préfère un autre ordre de démonstration. C'est à l'aide de la méthode expérimentale que je veux démontrer que les êtres vivants ont été créés. La méthode métaphysique est beaucoup plus claire, beaucoup plus nette et beaucoup plus courte, mais c'est une méthode qui serait peu comprise aujourd'hui.

Pour établir ma thèse, je n'ai pas bien loin à aller. Je me servirai d'un des premiers travaux de Pasteur. Prenez un flacon, remplissez-le d'eau, fermez-le avec de la ouate, mettez ce flacon dans un autoclave à un degré de chaleur déterminé et pendant un temps déterminé, et vous aurez alors un flacon contenant de l'eau absolument stérile. Eh bien, dans ce flacon absolument stérile, il ne poussera rien, rien et rien ! Si vous enlevez le bouchon, les germes qui sont dans l'air vont se précipiter dans l'eau et il va pousser un monde : preuve incontestable, qui n'a jamais pu être contestée, que la génération spontanée est une absurdité. Eh bien, heureusement pour notre cause, la même expérience a été faite très en grand. Le globe terrestre a été, pendant des siècles, en fusion. Eh bien, la chaleur nécessaire pour tenir le globe terrestre en fusion est bien des fois supérieure à la chaleur nécessaire pour stériliser ; il n'y a pas d'autoclave qui chauffe comme cela. Donc le globe terrestre a été en fusion pendant des siècles, il a constitué, comme le reconnaissent les matérialistes eux-mêmes, un milieu parfaitement stérile. Aujourd'hui, il y a des êtres... d'où viennent-ils ? Vous ne pouvez pas admettre la génération spontanée, sans passer pour un

ignorant ou un être absurde. Vous êtes donc obligé d'admettre la création.

On a essayé de se tirer d'affaire en disant que les cristaux pouvaient se changer en végétaux. Il n'y a pas de chose qu'on n'imagine quand on a une mauvaise cause, et il y a même un savant anglais qui a pensé qu'un aérolithe avait pu apporter des germes sur la terre. Où les avait-il pris. Et puis cet aérolithe était nécessairement stérile lui-même. Ainsi, ce sont des raisons sans valeur. Il n'y a rien à dire à l'expérience de Pasteur. Le globe terrestre a été stérile pendant des milliers d'années ; aujourd'hui, il y a des êtres vivants, donc ces êtres vivants ont été créés. Voilà ma démonstration.

L'argument produit par les *monistes* et affirmant que la première cellule vivante est la transformation naturelle d'un corps inorganique cristallisé ne s'appuie sur aucune expérimentation. Il repose tout entier sur ce fameux adage : *natura numquam fecit saltus*, adage qu'on attribue à saint Denis l'Aroépagiste, qui se retrouve dans la Somme de saint Thomas contre les Gentils, et que Darwin a sans cesse à la bouche.

Natura numquam fecit saltus exprime avec une grande vérité l'harmonie des êtres créés. « Dans l'ordre naturel, dit saint Denis, les êtres sont échelonnés de telle sorte que l'on remonte de l'un à l'autre par une suite d'anneaux ininterrompue et que ce qu'il y a de plus parfait dans l'être inférieur confine à ce qui est le plus imparfait dans le supérieur ; et chaque être contient, outre ses attributs propres, ceux des êtres inférieurs. »

L'erreur de Darwin est d'avoir enseigné que chacun des anneaux de la chaîne des êtres pouvait se transformer

de l'intérieur au supérieur, tandis que ces anneaux constituent des espèces intransformables.

Je ne veux pas revenir en ce moment sur cette question des espèces que j'ai traitée bien des fois, mais je tiens à faire remarquer que la chaîne progressive des êtres présente deux hiatus, deux interruptions complètes, qu'il est impossible de combler. Le premier point où la chaîne est interrompue est précisément entre l'anneau le plus parfait des corps inorganiques et l'anneau le plus imparfait des êtres vivants. Ce qui constitue l'être vivant dans son essence, c'est qu'il élève le monde inorganique en le transformant en sa propre substance. C'est encore que pendant son existence d'une durée déterminée, l'être vivant rejette chaque jour au dehors des *excreta* qui retournent au monde inorganique, que lui-même enfin meurt et est repris tout entier par le monde inorganique pour y être repris à un moment donné par un être orgaülisé et recommencer ainsi le cercle de la vie, *circulus vitæ*.

Le cristal, cette forme la plus parfaite du monde inorganique, peut augmenter de volume par juxtaposition d'éléments semblables aux siens, mais il ne transforme jamais en sa propre substance des corps qui lui soient aussi étrangers que le sont le carbone, l'oxygène et l'hydrogène par exemple au végétal. Le cristal ne meurt ni ne se reproduit, il peut être décomposé, mais ses éléments ne sont ni détruits ni transformés et peuvent être réunis à nouveau.

Le second point où la chaîne des êtres est interrompue, c'est entre l'anneau qui représente l'animal le plus parfait et l'homme. Je connais toutes les analogies qui existent entre les grands singes et l'espèce humaine ; mais je sais

aussi une différence qui constitue un abîme infranchissable entre ces deux espèces, c'est le langage. Le langage est le signe de l'intelligence, il repose sur la faculté propre à l'homme de posséder des idées générales (des universaux). L'homme même descendu jusqu'à l'état sauvage, que ce soit un Fuégien ou un Australien a l'idée du cercle en général, de l'homme, du bien, du mal, tandis que l'animal ne possède que l'idée particulière d'un cercle qui n'est pas le cercle en général, d'un homme qui est son maître ou son ennemi, d'un acte en particulier qui lui cause du plaisir ou de la peine. Et c'est pour cela que les animaux ne parlent pas et ne parleront pas dans des millions de siècles ; parce que toute langue, si déchuë soit-elle, se compose de mots qui expriment des idées générales que, par conséquent, sans idées générales, point de langage.

Je vous dirai encore un mot sur les êtres vivants et leurs rapports avec le monde inorganique. D'abord ils transforment les corps inorganiques pour s'en nourrir, et ce sont les plus humbles parmi les êtres vivants, ce sont les végétaux, à l'aide de la chlorophylle, des feuilles vertes et de la lumière solaire, qui transforment les corps inorganiques, décomposent l'acide carbonique, s'emparent de l'hydrogène, de l'azote de tous les corps inorganiques pour en faire des graisses, des féculs, des sucres et tout ce qui constitue les aliments végétaux. Les végétaux ont donc un rapport premier avec les corps inorganiques pour les transformer en matière susceptible de nourrir les animaux. Voilà le premier rapport que je signale.

Une autre circonstance qui ne vous paraîtra pas aussi importante, mais qui aura son importance quand nous parlerons de la cause des maladies, c'est que si la mort

des êtres vivants peut être occasionnée par les causes externes, s'ils peuvent être foudroyés, mourir de faim, être écrasés par une avalanche, ils meurent même quand ils sont placés dans les conditions les meilleures pour vivre. Donc il est naturel à l'être vivant, il est naturel à l'homme de mourir. Dans l'état où il est aujourd'hui, l'homme meurt parce que ses vaisseaux s'épaississent, se durcissent, parce que certains microbes vont cueillir les neurones de son cerveau et le rendent plus ou moins privé de son intelligence et des autres fonctions qui naissent du système nerveux. Enfin l'homme est né pour mourir et, sur ce point, je n'ai pas besoin d'insister. Seulement retenez que l'homme meurt spontanément, parce que c'est dans sa nature de mourir ; je vous dirai tout à l'heure qu'il est malade aussi spontanément, parce que c'est dans sa nature d'être malade.

II. — J'arriverai maintenant au second chapitre : *la maladie*, et je n'ai pas grand'chose à dire sur ce sujet, parce que, aujourd'hui, notre doctrine a triomphé. Il y a longtemps que nous soutenons contre l'Ecole que les maladies sont des espèces définies. Dans ma jeunesse, qui remonte déjà loin, les organiciens nous ont fait la guerre, mais, aujourd'hui, ils sont morts et oubliés. Aujourd'hui, tout le monde admet que les maladies se comportent comme des espèces déterminées. Nos définitions exprimaient cette vérité il y a déjà soixante ans.

« La maladie est un état caractérisé par un ensemble de symptômes et de lésions soumis à une évolution déterminée et constituant, par son ensemble, un état différent de tous les autres ». Nous ajoutions à cette définition qu'on pouvait étudier les maladies comme des êtres, quoique ce ne

fussent des êtres que par analogie. Comme nous tenions à un langage philosophiquement rigoureux et que nous ne voulions pas dire des mots sans savoir ce qu'ils veulent dire, nous enseignions que les maladies ne sont pas des êtres, mais des états tellement définis qu'ils se comportent et qu'ils peuvent être étudiés comme des êtres, c'est-à-dire qu'ils sont distincts comme les êtres, et la preuve, c'est qu'ils ont des noms : la diphtérie, la peste, le choléra, tous ces états sont complètement distincts. Les maladies peuvent donc être étudiées comme des êtres. Du reste, la preuve clinique n'est pas difficile à donner : chaque maladie imprime aux symptômes qui la constitue un caractère spécial et propre à la déterminer. Sans cela, il n'y aurait pas de séméiotique. Voulez-vous un exemple bien simple ? Prenez la courbe de température dans la pneumonie, la fièvre typhoïde et l'érysypèle. Dans la pneumonie, la courbe atteint, du premier coup, dès le premier jour, 40, et se maintient à ce niveau-là, jusqu'au moment où la maladie guérit ; alors elle descend tout d'un coup. Ainsi, la courbe de la température de la pneumonie est remarquable, parce que, dès le premier jour, elle monte, et quand on arrive à la convalescence, elle se termine brusquement et elle s'en va tout d'un coup. Dans la fièvre typhoïde, au contraire, la température met quatre, cinq jours avant d'arriver à son summum. Là, elle reste deux, trois semaines, et, quand la convalescence vient, nous avons les grandes oscillations, c'est-à-dire que, le matin, il y a 38 et le soir, 40, ou bien 37 et le soir, 39. Ce sont les grandes oscillations qui annoncent la fin de la maladie. Nous avons donc là une courbe différente. Dans l'érysypèle, il y a encore une autre courbe : tout le temps la courbe est celle des mouvements fébriles rémittents, c'est-à-dire qu'il

il y a une différence d'un degré ou un demi-degré du matin au soir. Je pourrais en dire autant de tous les symptômes. En un mot, la maladie imprime à ses symptômes et à ses lésions un caractère tel qu'il est permis à l'artiste, au médecin, de diagnostiquer la maladie sur le symptôme. Je n'insisterai pas davantage sur cette question qui ne présente pas de difficulté aujourd'hui. J'ajouterai que, dans les ouvrages de pathologie, on a accepté notre définition. Seulement il s'y est glissé une erreur, qui tient précisément à la fausse doctrine sur l'étiologie. Les définitions que vous trouverez dans la pathologie de Bouchard et dans toutes les pathologies générales aujourd'hui, expriment toutes cette idée que la maladie est un combat, qu'il y a une cause externe qui excite dans l'organisme une réaction, et que la maladie est constituée par cette réaction. On en est venu à se demander si la fièvre n'était pas une fonction. On ne fait pas attention qu'on retourne à cette vieille théorie de l'hippocratisme de Montpellier, où on disait que la maladie était une fonction. Nous allons voir, à propos de l'étiologie, que la cause externe ne doit pas être considérée de cette manière, et que la définition que nous avons donnée est celle qui doit être reçue et acceptée par tous, parce qu'elle ne repose sur aucune hypothèse ; elle constate simplement les faits et leurs caractères.

III. — *De la cause.* La question d'étiologie a toujours été très débattue ; elle renferme d'énormes difficultés. La grande majorité des médecins a toujours soutenu ou bien que la cause interne était la même chose que la maladie, ou bien qu'il n'y avait pas de cause interne ; tandis qu'un certain nombre de médecins, qui se sont succédé dans la

tradition, ont combattu cette opinion, et soutenu qu'il y avait une cause interne. Eh bien, c'est là le problème que je vais tâcher de résoudre devant vous.

Je vous disais tout à l'heure que l'homme était fait pour mourir, eh bien, je dis de la même manière qu'il est fait pour être malade et qu'il peut être malade avec ou sans le concours des agents extérieurs; que, par conséquent, il est malade à cause de la disposition qui existe en lui, que cette disposition est la véritable cause interne. Et quant à ces deux opinions que l'homme est destiné à être malade et à mourir, je dirais volontiers qu'on la trouve dans l'antiquité un peu partout; je pourrais dire comme dans le *Dies irae*: *Teste David cùm Sibyllâ*. Voici un texte de Job: *Homo natus muliere brevi vivens tempore, repletus multis miseriis*: « L'homme né de la femme, vivant très peu de temps, est rempli de misères. » Et puis, plus loin: « L'homme est né pour le travail et la douleur comme l'oiseau pour voler. » Voici maintenant un passage de Démocrite, qui se trouve dans Hippocrate: *Totus homo ex nativitate morbus est*: « L'homme tout entier est maladie depuis sa naissance. » Cela, c'est très net.

Je voudrais maintenant, comme je le faisais tout à l'heure pour l'origine des êtres vivants, vous démontrer que les causes externes sont incapables de produire la maladie à elles seules, que par conséquent la cause interne est nécessaire, et je vais faire cette démonstration, encore avec la méthode expérimentale, parce que c'est la seule qui me soit familière.

Les causes externes se divisent naturellement en *causes traumatiques*, en *causes banales* qui sont le froid, le chaud, l'humide, le sec, et puis en *causes infectieuses* avec ou sans

microbes. Il n'y a que ces trois catégories. Donc, si je vous montre qu'aucune de ces catégories de causes n'est capable de produire une maladie définie et en rapport avec cette cause même, je prouverai, par cela seul, qu'il y a autre chose que cet agent extérieur pour produire la maladie, et que c'est cette autre chose qui est la cause véritable.

Mais entrons dans le détail ; prenons la *cause traumatique*, que ce soit un coup de hache ou un coup de fusil, c'est une cause matérielle qui tombe sous les sens, qui peut s'observer, se peser, s'apprécier. Mais qu'est-ce que produira cette cause traumatique sur un être vivant ? Elle ne produira pas une maladie ; elle produira une *lésion*. Il faut savoir ce qu'on dit quand on veut parler médecine. Ce n'est pas une maladie, une lésion ; c'est un délabrement plus ou moins grand qui peut même produire la mort. Mais supposons que cette balle ou ce coup de hache ne produise pas la mort, qu'il ne produise qu'une lésion, eh bien, la lésion sera suivie ou non d'une *réaction*. C'est cela qui est la maladie. Cette réaction sera-t-elle en raison même de la cause ? Non. La cause traumatique sera-t-elle réellement la cause de la maladie ? Pas du tout. La réaction sera en raison de la nature de l'animal et de la nature de l'individu. Si c'est un animal à sang froid qui reçoit une balle, cette balle s'enkyste ou s'en va, l'animal ne s'en aperçoit pas, il n'a pas la fièvre, il n'a rien du tout. Si c'est un animal à sang chaud, c'est déjà plus grave, surtout s'il a subi des influences fâcheuses de la civilisation ; que ce soit un animal domestique, un cheval, un animal sujet à être malade, il pourra très bien avoir de la suppuration, avoir la fièvre, après une balle ou une

autre lésion. Si c'est un homme, je parle de l'homme avant la découverte de l'antisepsie, alors que tous nos blessés mouraient, en 1870 ; eh bien, qu'un homme reçoive une balle, un traumatisme quelconque, il est soumis à une réaction extrêmement violente, variable, et qui constitue une vraie maladie, la fièvre purulente, qui, si souvent, se termine par la mort. Vous voyez donc que la même cause ou bien ne produira rien du tout, ou bien produira une petite réaction qui se terminera par la guérison, ou bien produira une réaction terrible, une maladie complète avec de la fièvre, avec des abcès, avec la mort. Donc je dis : chaque animal pâtit suivant son espèce, et je vais compléter cette formule en vous faisant observer que, sur 100 hommes qui sont blessés, il y en a qui n'éprouvent rien ; il y a des gens qui sont tellement constitués que leur organisation résiste à ces causes-là ; ils ne suppurent pas, ou, s'ils suppurent, ils n'ont pas de fièvre, ils n'ont pas de symptômes généraux ; ils échappent aux accidents graves et à la mort. J'ajoute donc que non seulement chaque animal pâtit suivant son espèce, mais que, dans chaque espèce, chaque individu pâtit suivant sa nature, et c'est là toute la loi de l'étiologie.

Vous allez voir encore cette loi se reproduire pour les causes banales. Croyez-vous qu'un refroidissement agira de la même manière sur tous les êtres vivants ? Son action sera différente sur un animal sauvage ou sur un cheval délicat habitué à porter des couvertures, et encore bien mieux sur l'homme. Vous voyez de suite que, suivant l'espèce, la même cause ne produira pas la même maladie, et que les maladies seront en rapport non pas avec la cause, mais avec l'espèce animale. Il faut remarquer encore, et je ne me fatiguerai pas de vous le répéter, que,

dans chaque espèce, chaque individu pâtit suivant sa nature. Supposez 100 hommes sortant d'une salle de théâtre et recevant une pluie glaciale : les uns auront mal à la gorge, les autres auront un rhume de cerveau, les uns des coliques, les autres du rhumatisme, les autres n'auront rien du tout. Donc, cette même cause appliquée au même instant et appliquée à la même dose produira des effets différents suivant la disposition individuelle. C'est donc la disposition individuelle qui domine et maîtrise les agents externes et qui est la véritable cause.

Mais nous n'avons pas encore abordé le point le plus contesté et le plus contestable.

Le troisième ordre de causes, ce sont les *causes infectieuses*, la contagion. Cette contagion, pour la plupart des cas, a pour instrument un microbe pathogène; dans d'autres, nous n'avons pas trouvé le microbe pathogène, mais on suppose qu'il existe. Moi, je ne le suppose pas, parce que je n'aime pas les hypothèses. En l'absence du microbe, il y a des produits qui communiquent la maladie. Ainsi, pour la rougeole, il n'y a pas de microbe, on n'en a pastrouvé, et il suffit d'habiter auprès d'un malade atteint de rougeole pour contracter la maladie.

Dans ce troisième ordre de causes externes (car ce sont des causes externes), je remarque tout d'abord que ces causes sont nécessaires. Les autres ne sont pas nécessaires : on peut avoir une pneumonie ou un rhumatisme sans avoir froid. Ici, la cause est nécessaire. Tant que vous n'aurez pas, dans votre organisme, reçu le microbe de la morve ou de la phthisie ou de la fièvre typhoïde, vous n'aurez pas ces maladies; tant que vous ne serez pas en contact avec une personne atteinte d'une fièvre éruptive,

vous n'aurez pas cette fièvre. Il y a cet exemple que j'ai cent fois cité : les habitants des îles Fœroé avaient été soixante-dix ans sans avoir la rougeole : il arrive un bateau hollandais avec un mousse qui avait la rougeole, tous les habitants prennent la rougeole. Cette expérience prouve qu'il y a des maladies pour lesquelles le contagement est nécessaire. Je reconnais donc, et cela ne me gênera pas dans ma démonstration, je reconnais que, dans cet ordre de maladies, la cause externe est nécessaire : point de microbe pathogène, point de maladie.

Ah ! c'est donc cela la cause ? Non, ce n'est pas la cause. Il faut aller jusqu'au bout. C'est que, si je dis : « Point de microbe pathogène, point de maladie », j'ajoute : « microbe pathogène, et pas de maladie », c'est-à-dire la maladie ne peut pas exister sans le microbe pathogène, mais le microbe pathogène peut exister sans produire la maladie.

Quand le microbe pathogène détermine la maladie. Il la déterminera bénigne ou commune ou très grave, suivant la nature de l'individu. Le microbe pathogène est donc soumis, comme la cause traumatique, comme la cause banale, à la loi de la prédisposition définie. Ce n'est pas lui qui est la cause, il n'est que l'instrument. Il est si bien l'instrument que la prédisposition définie s'en sert comme elle le veut : elle le rejette tout à fait, et il n'y a pas de maladie ; ou elle l'accepte, mais elle l'accepte dans une petite ou une grande proportion. Et n'allez pas me dire qu'il a plus ou moins de virus, plus ou moins de microbes, que le microbe est plus ou moins virulent. Nous allons voir tout à l'heure par une expérience de laboratoire, ce que vaut cette objection.

Mais d'abord citons une histoire d'épidémie. Voici un vil-

lage où règne le choléra; tous les habitants boivent la même eau, tous vivent ensemble, se soignent, se voient. Pourquoi y en a-t-il, heureusement, une très grande quantité qui n'ont rien du tout? Ils ont pourtant bu l'eau qui contient le bacille virgule, mais le bacille ne vaut que par la prédisposition définie. Les uns n'éprouvent rien, ils ont l'immunité naturelle; pourquoi maintenant, dans tous ceux qui sont malades, y en a-t-il qui sont à peine malades, qui ont la cholérine, et puis d'autres qui meurent en douze heures?

Maintenant je réponds à une objection qui peut venir à l'esprit, et qui a été faite par certaines personnes : C'est celle de l'abondance ou de la virulence plus grande des microbes. J'emprunte ma démonstration au laboratoire.

Je prends une culture, ce que nous appelons une culture pure, de bacilles de Koch, de la tuberculose; j'inocule de cette culture, qui a le même degré de virulence puisqu'elle sort du même bocal, que je la prends au même jour, j'inocule aux animaux une quantité proportionnelle à leur poids. La cause est donc absolument la même, elle est mathématiquement la même; c'est la même virulence, c'est la même quantité, ou plutôt c'est la quantité proportionnelle au poids de l'animal. Je prends des cobayes, ils sont tous tués; je prends des lapins, il y en a les deux tiers qui sont infectés; je prends des chèvres et des chiens, il y en a deux, trois qui sont atteints. Vous voyez donc qu'ici l'espèce agit, comme je disais tout à l'heure, chaque animal pâtit suivant son espèce.

Mais quelque chose de plus curieux, tous les cobayes sont pris, il y en a qui meurent en trois semaines, d'autres en trois mois. Pourquoi? La virulence était la même

la quantité était la même. Donc, même chez l'animal qui a été contaminé, la disposition organique a réagi sur le contagion et l'a dirigé suivant sa nature.

Il y a encore quelque chose de plus important. Je vous demande pardon, ce sont des détails peut-être un peu ardu, mais qui sont importants ; si je peux vous les faire comprendre, je pense qu'ils vous intéresseront aussi.

Vous inoculez le cobaye, ce sont les ganglions lymphatiques qui se prennent et la rate ; vous injectez le lapin, la rate n'a rien du tout, c'est le poumon ; et cependant l'injection a été pratiquée au même endroit, dans l'aîne. Pourquoi cette différence ? Parce que la véritable cause, c'est-à-dire la prédisposition définie qui préside à la maladie, chez les animaux comme chez l'homme, la prédisposition définie veut que ce soit le poumon qui soit pris chez le lapin. Pourquoi maintenant, la chèvre prend-elle difficilement la tuberculose, c'est parce qu'elle n'y est pas prédisposée. Je crois qu'on peut conclure de tout ce que je viens de dire, que les causes même les causes infectieuses, même les microbes, ne produisent la maladie que si elles sont acceptées par la prédisposition définie ; et, si elles sont acceptées par cette prédisposition définie, elles sont gouvernées par elle, et la maladie est ce qu'elle veut bien qu'elle soit. D'où je conclus que la vraie cause des maladies est la prédisposition définie que chaque espèce ou individu a d'être malade de telle ou telle manière.

Je désirerais appuyer cette opinion, qui n'est pas généralement acceptée, d'une autorité indépendante, celle d'un homme qui a une haute intelligence des choses médicales et qui expose la vérité dans une forme saisissante, je veux parler du professeur Bouchard. Ainsi, il y a vingt ans, il a prédit ce qui arriverait, c'est-à-dire

qu'on dirait que ce sont les microbes qui donnent la maladie et non la prédisposition individuelle :

« On méconnaîtra cette idée dominante qui maintient à l'organisme son autonomie et sa spontanéité (on l'a tellement méconnue qu'on a bafoué les gens qui croyaient que les maladies pouvaient se produire d'une manière spontanée) jusque dans la production et l'évolution des maladies infectieuses, mais on y reviendra. (On y revient.) Si la fascination qu'exercent tant de découvertes brillantes obscurcit pour un temps cette notion de la participation active de l'organisme à la production et à la guérison des maladies infectieuses, cette idée, qui est l'idée traditionnelle, reprendra son empire..., etc. » (*Nothnagel et Rossbach. Introduction*, p. xxv.)

J'en conclus donc qu'en étiologie, il y a des causes externes qu'il ne faut pas négliger, qu'il ne faut pas méconnaître ; c'est précisément l'objet de l'hygiène. Ces causes externes s'accumulant et s'unissant à d'autres jouent un rôle très important dans la production des maladies. Mais il existe une cause interne, et cette cause interne n'est autre que la prédisposition à être malade d'une certaine manière.

D^r P. JOUSSET.

(*La suite au prochain numéro*).

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

ÉTUDES SUR LES DIURETIQUES

Existe-t-il des diurétiques?

C'est-à-dire des médicaments qui aient la propriété d'exciter chez l'homme sain la sécrétion urinaire et de produire de la polyurie; et nous ajouterons, pour mieux faire comprendre notre pensée, existe-t-il des médicaments qui excitent la diurèse comme d'autres médicaments produisent à coup sûr la diarrhée chez l'homme sain?

A ces questions nous répondons : il existe toute une série de médicaments qui méritent le titre de purgatifs, parce qu'à dose suffisante ils produisent certainement une action purgative sur l'homme sain; mais il n'existe pas de diurétique, c'est-à-dire de substance médicamenteuse produisant à une dose quelconque et d'une manière certaine la diurèse chez l'homme sain.

Par contre la diurèse est excitée chez l'homme sain par des aliments, des émotions et des influences de température.

Parmi les aliments, ayant une propriété diurétique, l'eau tient la première place. L'eau prise en quantité suffisante produit toujours la diurèse chez l'homme sain, et souvent chez l'homme malade. Le lait et le petit vin

blanc agissent presque exclusivement, le premier par l'eau qu'il contient, et le second comme liquide.

En dehors de ces grands diurétiques, le café, le thé, les asperges et d'autres aliments que j'omets *peuvent* produire l'augmentation de la diurèse, mais ont une action beaucoup moins intense et surtout beaucoup moins constante que l'eau.

Tout le monde connaît l'effet de diurèse plus ou moins abondante produite presque instantanément par certaines émotions ou par l'impression du froid.

Nous avons avancé qu'aucun médicament n'avait la propriété de produire une augmentation de la sécrétion urinaire chez l'homme sain. Cette affirmation, je le sais, ne sera pas acceptée sans protestation par beaucoup de médecins, qui objecteront que plusieurs médicaments, et en particulier la *lactose* et la *théobromine*, exercent une action diurétique puissante même chez l'homme sain. Nous répondrons à ces objections par le seul argument qui, à nos yeux, ait une valeur, celui tiré de l'expérimentation.

La *lactose* à la dose de 100 grammes donnés dans un litre d'eau, a une action diurétique incontestable sur l'homme sain, mais la même dose donnée dans une très petite quantité d'eau augmente à peine la diurèse, et quelquefois la diminue.

I. — EXPÉRIENCES SUR LA LACTOSE

1^o *Expérience.* — Jeune garçon de 8 ans, produisant 1 litre à 1 litre 100 d'urine en vingt-quatre heures. Il prit le 7 et le 8 janvier 100 grammes de lactose dans un verre d'eau, le 9 et le 10, il urina 1 lit. 500 et 1 lit. 250. Le 9 et le 10, il ne prit rien : le 11 il avait uriné 1 lit. 200 ;

il prit 100 grammes de lactose le 11 et le 12 : le lendemain il émit 1 lit. 500 d'urine ; le 13 et le 14 le malade ne prit rien : les urines atteignirent 1 lit. 250 et 1 lit. 200. Le 15 il avait uriné 1 lit. 200, et prit encore 100 gr., de lactose, le 16 il urina 1 lit. 400 et le 17 a 1 lit. 300.

En résumé, dans cette expérience, deux fois le lendemain de la prise de la lactose, l'urine augmente de 2 à 300 grammes, ce qui est à peu près la quantité de l'eau nécessaire pour dissoudre la lactose donnée à l'enfant.

2° *Expérience.* — Une petite fille de 9 ans urinait 1 lit. 100 ; le 6 janvier elle n'avait uriné que 1 litre, elle prit 100 grammes de lactose, le lendemain ses urines n'atteignirent que 800 grammes, elle prit encore 100 gr., de lactose ; le 8 les urines atteignirent 900 grammes, on donna encore 100 grammes de lactose, et le 9 le malade urina 1 lit. 100, comme avant l'expérience. On cessa la lactose, le 10 : la malade émit 850 grammes d'urine, le 11 et le 12, 1 litre.

Dans cette expérience la lactose a certainement diminué la quantité d'urine.

3° *Expérience.* — Une petite fille de 10 ans urinait 700 à 800 grammes ; le 14 janvier elle avait uriné 900 gr., et prit 100 grammes de lactose : le 15 elle ne produisit que 500 grammes d'urine ; le 16 les urines étaient encore à 500 grammes, on donna 100 grammes de lactose, le 17 les urines sont encore à 500 grammes, on donna 100 grammes de lactose, le lendemain la malade urina 900 grammes et le 19 seulement 450.

En résumé, dans cette expérience deux fois le lendemain de l'emploi de la lactose les urines augmentent d'environ 200 grammes et les autres jours du traitement elles éprouvèrent une diminution égale puisqu'elles n'atteignirent que 500 et même 450 grammes.

Nous concluons de ces trois expériences que chez l'homme sain la lactose n'a pas d'action diurétique, puisque, si quelquefois elle a augmenté la quantité d'urine de 300 grammes elle l'a diminué d'autant dans le cours de la même expérience chez les mêmes sujets.

II. — EXPÉRIENCES SUR LA THÉOBROMINE

La *théobromine*, donnée à l'homme sain, à la dose de 0 gr. 50 par jour, chez des enfants de moins de 10 ans, a produit une diminution dans la quantité d'urine.

1° *Expérience.* — Garçon de 8 ans, urinait 1 lit. 300 le 17 janvier; le 18 il prit 0 gr. 50 de théobromine en 2 cachets, les urines ne furent pas gardées; le 19 : 0 gr. 75 de théobromine en 3 cachets : 1 litre seulement d'urine; le 20 : pas de médicament, urine, 1 litre; le 21 le malade avait uriné 1 lit. 100, il prit 1 gramme de théobromine : le lendemain le vase fut accidentellement renversé, le malade reprit 1 gramme de théobromine et le lendemain il ne donnait que 700 grammes d'urines.

Dans cette expérience la théobromine donnée jusqu'à la dose de 1 gramme chez un enfant de 8 ans a produit une diminution de la diurèse, puisque le sujet évacue 1 litre 300 avant l'expérience, qu'une seule fois pendant le cours de l'expérience il a évacué 1 lit. 100, les autres fois 1 litre, et enfin par l'action continue du médicament, n'a plus donné que 700 grammes.

2° *Expérience.* — Petite fille de 10 ans. Les urines variant entre 500 et 700 grammes. Le 19, elle n'avait émis que 450 grammes, on lui prescrivit 0 gr. 60 de théobromine en 2 cachets, le 20, 900 grammes d'urine, de nouveau on donne 0 gr. 50 de théobromine, le 21 le malade n'urine que 400 grammes. Nous avons suspendu

l'usage du médicament. Deux jours après elle a eu 1 litre, et le surlendemain seulement 500 grammes.

De ces deux expériences on peut conclure que chez l'homme sain la théobromine a le plus souvent une action qui diminue la quantité des urines.

EXPÉRIENCES SUR LES BOISSONS AQUEUSES ABONDANTES

Comme contre-épreuve nous rapportons ces expériences faites avec la tisane d'orge :

1^{re} expérience. — Garçon de huit ans. Le 23 avait uriné 700 grammes d'urine ; il avait bu dans sa journée 2 litres de tisane d'orge ; le lendemain il donna 2 litres ; il but encore ce jour-là 2 litres de tisane, et le lendemain urina 2 litres 100.

L'expérience fut suspendue, et au bout de quelques jours le sujet n'avait plus que 1 litre.

Pendant la diurèse ses urines étaient très pâles, d'une densité égale à 0.

2^e expérience. — L'enfant urinait 1 litre, et la tisane d'orge à la dose de 2 litres amena une diurèse s'élevant à 2 litres 150.

Nous avons aussi employé l'eau d'orge à la dose de 2 litres par jour, comme diurétique chez une cardiaque. L'effet fut très considérable et pendant quelque temps la malade urinait 3 litres et 3 lit. 500 par vingt-quatre heures.

Nous concluons de ce qui précède qu'il est impossible de maintenir une classe de médicaments *diurétiques* au même titre que la classe des purgatifs et des sudorifiques; que s'il est incontestable que nous possédons nombre de médicaments capables de produire chez le malade une diurèse extrêmement abondante, ces médicaments ne doivent point leur propriété à une action directe sur le

rein. Autrement ils manifesteraient leur action sur l'homme sain comme le *jaborandi* et le *sulfate de magnésie*, manifestent leur action sur les glandes sudoripares et l'intestin.

Qu'est-ce donc alors qu'une diurétique ?

Pour résoudre ce problème, il nous faudrait posséder une théorie indiscutable de la sécrétion urinaire ; or, nous ne la possédons pas ; il faudrait, en second lieu, connaître l'action de tous les médicaments, qui sont diurétiques dans une maladie, sur la tension artérielle ; or, sur ce point encore existent, des lacunes.

Si nous acceptons la théorie de Mathias Duval, que c'est la quantité d'eau qui fait les urines abondantes ; que cette quantité d'eau est le résultat du premier acte de la sécrétion urinaire consistant dans une filtration en rapport avec la pression artérielle, nous concluons que tout médicament qui augmente la pression artérielle a une action diurétique et qu'il n'y a en pas d'autres ; alors nous supprimerions la division classique de diurétiques en deux classes : diurétiques par augmentation de pression artérielle et diurétiques par excitation de l'épithélium rénal.

Nous préférons laisser la question en état et demander maintenant à la clinique l'explication de la propriété qu'ont incontestablement certains médicaments d'exciter la diurèse dans les maladies définies.

Les médicaments qui produisent la diurèse dans les maladies sont extrêmement nombreux, et on peut dire qu'ils appartiennent à toutes les classes de la matière médicale. Enumérons les principaux : c'est d'abord la *digitaline* et ses analogues comme le *maialis*, le *strophantus*, la *spartéine*, la *scille*, la *caféine*, la *théobromine*, la *térébenthine* ; parmi les minéraux : les *sels de potasse et de soude*, le *calomel* ; enfin le règne animal fournit encore des

substances fort importantes parmi lesquelles il faut compter : l'urée, les venins, et particulièrement la *cantharide*. L'opothérapie fournit aussi des produits dont l'action diurétique dans les maladies est incontestable.

Cette simple énumération, encore fort incomplète, montre que tous ces médicaments, doués incontestablement d'une action diurétique dans les maladies, appartiennent à tous les règnes de la nature et échappent à toute classification. Aussi trouvons-nous plus naturel pour diviser notre sujet de prendre pour base les maladies dans lesquelles les agents diurétiques sont indiqués.

Nous avons donc à étudier l'action des diurétiques dans trois chapitres : affections du cœur, affections du foie, affections de reins.

Nous omettons volontairement l'emploi de diurétiques dans les maladies infectieuses, parce qu'en dehors de certaines complications l'unique diurétique à employer dans ces cas est l'eau et ses analogues.

I. — DE L'EMPLOI DES DIURÉTIQUES DANS LES AFFECTIONS DU CŒUR.

Les diurétiques sont indiqués dans les affections du cœur, toutes les fois que l'équilibre entre la pression artérielle et la pression veineuse est rompue par la diminution de la tension artérielle et l'augmentation de la tension veineuse, et que l'hydropisie, conséquence de cette altération, s'est établie.

Si la fibre cardiaque est intacte ou peu dégénérée, la *digitale* et ses analogues sont indiquées, mais si, au contraire, la fibre cardiaque est très altérée, la *caféine* et ses analogues devront être préférés.

Nous disons analogues et non succédanés parce qu'il n'y a pas de véritable succédané, il n'y a que des médicaments analogues, qui, tout en ayant des propriétés spéciales, en ont cependant de connues permettant de les conserver dans la même classe.

1° *La fibre cardiaque est intègre. La Digitale est le type des médicaments diurétiques dans les affections cardiaques, avec conservation de l'intégrité plus ou moins complète des fibres musculaires du cœur.*

La digitale est bien indiquée, quand le malade présente les trois symptômes suivants : diminution de la pression artérielle, oligurie, anasarque ; si ce syndrome n'est pas complet, la digitale loin d'être un diurétique diminue la quantité des urines.

Comment agit la digitale dans ce cas ? On explique généralement l'action diurétique de la digitale dans les cas que nous venons de déterminer en disant que la digitale fortifie l'action cardiaque (et c'est pourquoi l'intégrité plus ou moins complète de ses fibres est nécessaire à son action) augmente la pression artérielle et produit la diurèse.

M. Huchard dit que cette explication contient autant d'erreurs que de mots ; disons plutôt que cette explication est incomplète. En effet, elle ne tient pas compte du phénomène le plus remarquable qui accompagne l'action de la digitale dans le cas spécial que nous avons à déterminer. La clinique nous montre en effet que la diurèse est proportionnelle à l'abondance de l'hydropisie, que cette diurèse se continue même après la suspension du médicament tant que l'hydropisie persiste ; qu'enfin elle cesse absolument et qu'elle ne peut être rappelée par de nouvelles doses de digitale quand l'hydropisie est terminée.

Il est certain que l'augmentation de la pression artérielle ne peut nous rendre compte du phénomène clinique que nous venons de rapporter.

Mais M. Huchard va trop loin quand il enseigne que la diurèse digitaline tient à l'action secondaire de ce médicament sur la circulation.

La digitale en effet, conformément à la loi formulée en 1796 par Hahnemann présente, suivant les doses, deux actions opposées et, suivant la juste expression de M. Huchard, la digitale présente deux médicaments selon les doses auxquelles on l'emploie : à dose petite, la digitale ralentit les battements du cœur, augmente leur énergie et accroit la pression artérielle ; à doses fortes elle produit les effets absolument opposés. Ajoutons avec Nothnagel et Rossbach que l'effet secondaire ne se produit jamais avec les petites doses et se produit d'autant plus vite que les doses sont plus fortes.

Peut-on dire que, dans l'usage thérapeutique, ce sont des doses fortes voisines des doses toxiques qu'on administre aux malades ?

Nous croyons arriver à la solution du problème d'action de la digitale en le posant d'abord sur le terrain clinique.

Comment dans les affections du cœur se produit l'oligurie et l'hydropisie ? Par la diminution de la tension artérielle et par l'augmentation de la tension veineuse. La pression du sang à l'état physiologique se trouve ainsi renversée ; et a pour conséquence le ralentissement et la stase du sang dans le système veineux ; d'où la production de l'hydropisie comme après la compression ou l'oblitération d'une veine.

Comment se résorbe l'hydropisie et se produit la polyurie ? Par un procédé absolument contraire ; la tension

vasculaire doit être de nouveau renversée, ramenée à son état physiologique, être incomparablement plus forte dans les artères que dans les veines; d'où naissent les phénomènes suivants: cessation de la stase veineuse, augmentation du courant sanguin, rentrés des liquides épanchés par suite d'endosmose dans le système veineux, diurèse consécutive par le même mécanisme que celui qui suit l'absorption de boissons abondantes. D'où l'explication de ce phénomène remarquable que la digitale n'augmente la diurèse que chez les hydropiques, ce qui a fait dire fort justement à M. Huchard qu'elle était un diurétique indirect.

Retenons néanmoins que c'est l'action tonique de la digitale sur le cœur qui met en branle tout ce processus et rend, comme dit M. Huchard, le diastole plus large, le systole plus énergique, la vitesse du sang plus considérable; elle augmente aussi la tension artérielle.

Remarquons en passant que la digitale n'est diurétique qu'à la condition de modifier favorablement l'organe dont la maladie a produit l'hydropisie; nous verrons dans la suite de ce travail que la même conclusion s'impose à l'action de tous les prétendus diurétiques.

Quelles sont les contre-indications de la digitale dans les affections cardiaques? L'état de dégénérescence de la fibre musculaire, l'absence d'hydropisie, et une quantité normale d'urine; dans ces circonstances la digitale n'a plus aucune action diurétique.

Remarquons que ce médicament conserve, en dehors de ses propriétés diurétiques une action éminemment favorable, mais à des doses petites et fractionnées, quand il s'agit de maintenir ou de faire reparaitre l'état de compensation dans les affections chroniques des valvules.

La meilleure préparation de *digitale* est incontestablement la *digitaline chloroformique*. Cette substance a une action certaine, rapide et d'une durée très remarquable. La dose doit varier de XXX à LX gouttes d'une solution au 1/1000 administrées en deux fois dans la journée. Cette dose qui a rarement besoin d'être répétée, agit au bout de vingt-quatre heures, et souvent, son action se prolonge pendant douze et quinze jours.

Il ne rentre pas dans le cadre de cet article de parler des indications spéciales du *Strophantus*, du *sulfate de sparteine*, et autres médicaments analogues à la *digitale*.

2° *Le fibre cardiaque est altérée*. Quand le fibre musculaire du cœur est trop altérée et que la *digitale* reste sans action sur elle, la clinique nous enseigne que la diurèse peut encore être produite par d'autres médicaments dont les deux principaux sont la caféine et la théobromine.

On a voulu expliquer l'action de ces deux médicaments, celui de la théobromine en particulier, par une action sur l'épithélium rénal. Cette opinion est encore à l'état d'hypothèse.

Ajoutons que l'action de ces deux médicaments sur l'homme sain, action dont la connaissance est nécessaire pour comprendre leur action dans la maladie, est encore fort incomplète.

a) *Caféine*.

Au milieu des contradictions provenant d'une part de la différence des doses employées, des animaux qui ont servi aux expérimentations, mais surtout de cette confusion fâcheuse des effets observés chez l'homme sain et chez l'homme malade nous croyons pouvoir réduire les symptômes suivants.

En premier lieu, la caféine n'est point un diurétique chez l'homme sain; cette opinion constitue une erreur. Si le café augmente passagèrement et d'une très faible quantité les urines chez certains individus la caféine produit plutôt la diminution de la sécrétion et ce qui a fait croire le contraire, c'est qu'elle occasionne de très fréquentes envies d'uriner, or fréquence et abondance ne sont pas synonymes.

La caféine comme la digitale ralentit les mouvements du cœur et augmente la pression artérielle dans son action primitive; elle produit l'accélération et l'arythmie du pouls et la diminution de la pression dans son effet secondaire; nous pensons donc que, dans l'état actuel de nos connaissances sur la caféine, nous devons admettre que son action diurétique se produit par un mécanisme analogue à celui de la digitale.

b) Théobromine.

Ici les renseignements sont encore plus incomplets; on a affirmé que le théobromine était un diurétique rénal excitant l'épithélium des canalicules, augmentant le diurèse même chez l'homme sain; or, nos expériences faites sur l'homme démontrent que le théobromine, loin d'être un diurétique diminue la quantité des urines chez l'homme sain, et nous appuyant sur les observations cliniques, nous concluons, jusqu'à plus ample informé, que le théobromine est un diurétique puissant dans les conditions analogues à celles où la caféine réussit.

II. — DIURÉTIQUES DANS LES AFFECTIONS DU FOIE.

C'est seulement dans les cirrhoses atrophique, hypertrophique ou mixte, qu'on a à rechercher une action diuré-

tique pour remédier à l'anasarque et à l'ascite qui compliquent ces affections.

Nous parlerons seulement de deux médicaments : le calomel et l'opothérapie.

Calomel. — Un homme de 56 ans, grand buveur de vin, vient se faire traiter à l'hôpital Saint-Jacques. Il présentait les symptômes suivants : anasarque générale avec œdème du poumon, oligurie, foie un peu augmenté de volume.

Le calomel à la dose de 3 centigrammes par jour détermina une diurèse qui commença au bout de quarante-huit heures et qui dépassa 5 litres en vingt-quatre heures.

L'anasarque disparut très rapidement, mais le foie continua à rester gros et quelques semaines après le malade succomba à des accidents cérébraux. A l'autopsie son foie présentait les caractères de ce qu'on a appelé la cirrhose biliaire.

Le calomel, à dose non purgative, possède donc des propriétés diurétiques énergiques quand le cirrhose se complique d'hydropisies.

Opothérapie. — Le liquide du foie ou le foie de porc lui-même administré cru dans le traitement de la cirrhose atrophique alcoolique, a plusieurs fois amené une diurèse abondante qui guérit l'ascite symptomatique de la cirrhose. La cirrhose elle-même a été plusieurs fois très amendée par ce traitement.

Comment peut-on expliquer l'action diurétique du calomel et du foie de porc dans le traitement des hydropisies symptomatiques de la cirrhose ? Ce n'est certainement pas par une action sur le cœur et sur la circulation générale. Le calomel, pas plus que le foie de porc ne sont des médicaments cardiaques.

Agissent-ils directement sur le rein ?

Le calomel, nous le verrons tout à l'heure à propos de l'action des diurétiques dans les maladies du rein, a une action rénale très puissante, mais le foie de porc a une action extrêmement énergique sur la cellule hépatique.

Le calomel administré par la voie sous-cutanée à des lapins, a produit chez ces animaux les lésions suivantes. « Les altérations du foie sont analogues à ce qu'on nomme la cirrhose embryonnaire infectieuse d'origine biliaire. Cette dernière peut se résumer dans ce fait qu'il existe des lésions inflammatoires irritatives des cellules de revêtement des canalicules biliaires intra hépatiques. Au bout d'un certain temps, l'irritation de l'épithélium biliaire se propage au tissu conjonctif voisin qui prolifère et produit ainsi la cirrhose. »

Cette description est le résumé de l'examen histologique fait par M. Lefas sur les lapins que nous avons mis en expérience. (*Bulletin de la Société anatomique*, mai 1899 et *Art médical* juillet 1899).

Si le calomel produit la cirrhose biliaire chez l'animal sain, il constitue d'après la loi de similitude, le médicament de cette même cirrhose chez le malade.

Le calomel exercera une action diurétique et amènera la résolution de l'hydropisie chez les cirrhotiques en atténuant momentanément ou d'une manière durable les lésions de la cirrhose ; sous l'influence favorable du calomel, la circulation veineuse deviendra plus facile, la stase du sang diminuera ou disparaîtra, l'endosmose entrera en action, le liquide des hydropisies pénétrera dans le système sanguin et la diurèse se produira à la suite de la réplétion aqueuse des vaisseaux.

Opothérapie. — La poudre de foie desséché à la dose

de 20 à 30 grammes par jour, le liquide hépatique X à XX gouttes matin et soir, ou mieux le foie de porc lui-même administré en nature après une cuisson superficielle à la dose de 150 grammes par jour, ont amené une diurèse abondante, la résolution d'ascite et la guérison de cirrhose atrophique alcoolique, cause de l'hydropisie (Mouras thèse 1901).

L'action curative comme l'action diurétique du foie de porc dans la cirrhose ne peut se comprendre, comme celle du calomel, que par l'action sur la cellule hépatique, confirmant ainsi ce que nous avons déjà dit un peu plus haut, que les diurétiques sont des médicaments qui font disparaître plus ou moins complètement la lésion, cause de l'hydropisie (1).

(1) Nous trouvons dans le *Bulletin médical* des hopitaux de Paris (14 mai 1903), un nouvel exemple de l'action diurétique et curative du foie de porc dans la cirrhose alcoolique. Il s'agit d'une femme de 38 ans alcoolique avec un foie gras et dur, de l'œdème des membres de l'ascite et un commencement de cachexie. La cure par le foie de porc n'ayant pas été supportée par la bouche, fut reprise par la voie rectale : tous les jours à 4 heures de l'après-midi un lavement préparé à l'aide de la macération de foie de porc (125 grammes dans 200 grammes d'eau) pendant deux heures et passé par expression dans une mousseline fine, était administré et très bien toléré. Ce traitement commencé dix jours après la paracentèse était associé au régime lacté (2 lit. 1/2 à 3 litres par jour).

Six jours après, amélioration générale : les urines passent d'un lit. 1/4 à 2 litres. On continue le traitement et un mois après (le 13 mars), quoique le malade prit des aliments solides et que le lait fût réduit à 1 litre, elle urinait 2 lit. 1/2 par jour.

A la fin du mois, la malade ayant toutes les apparences de la santé, quoique son foie restât encore un peu gros, urinait de 3 lit.

III. — ACTIONS DES DIURÉTIQUES DANS LES MALADIES DU REIN.

Parmi les médicaments qui exercent une action diurétique dans la maladie de Bright et peuvent faire disparaître les hydropisies consécutives à cette maladie, nous choisissons la cantharide, la térébenthine et le calomel.

La cantharide dans son action physiologique produit la polyurie à petites doses, et l'oligurie, puis l'anurie par les doses toxiques ; le médicament est donc indiqué par la loi de similitude dans le traitement des hydropisies liées à la néphrite. La clinique a confirmé la justesse de cette indication. Le D^r Lancereaux applique couramment la cantharide, au traitement de la néphrite chronique. Déjà Wells et Reyer avaient guéri des hydropisies brightiques par la teinture de cantharide (Lecorché et Talamon).

Cette méthode de traitement n'a pas été généralement acceptée à cause du préjugé qui redoute d'appliquer à une néphrite un médicament qui la produit certainement chez l'homme sain. Et cependant, dit Lancereaux, la cantharide guérit la néphrite. Comment agit la cantharide quand elle produit la diurèse et la guérison des hydropisies dans la maladie de Bright ?

Absolument comme le calomel guérit la cirrhose du foie ; la cantharide en effet produit chez l'animal sain une néphrite parenchymateuse comme l'ont démontré les expérimentations de Cornil. C'est donc en agissant sur la

à 3 lit. 1/4 par jour ; elle sortit, et six semaines après la guérison se maintenait.

Je veux seulement retenir l'action diurétique du foie de porc, qui, même sans régime lacté, a fait monter le taux des urines à 3 lit. 1/2 par jour.

cellule rénale, en diminuant ou faisant disparaître l'état pathologique que la cantharide restitue plus ou moins ce filtre dans son état physiologique et permet une diurèse qui amène la résolution des hydropisies.

La térébenthine a une action fort analogue à celle de la cantharide; elle agit par le même mécanisme pour la guérison des hydropisies rénales.

Quant au *calomel*, nos expérimentations ont démontré qu'il produisait dans le rein des lésions qui appartiennent comme type histologique, à celles qui caractérisent les glomérulo-néphrites subaiguës dont un type a été réalisé expérimentalement dans l'empoisonnement lent par la cantharidine (Cornil et Brault).

CONCLUSION.

M. Huchard dit avec juste raison que la digitale est un diurétique indirect et il résulte, de l'exposition que nous venons de faire, que tous les diurétiques, sauf l'eau et ses analogues, sont, comme la digitale, des diurétiques indirects. C'est effectivement en modifiant la lésion qui produit l'hydropisie et non, comme on l'a prétendu, en agissant sur la pression sanguine ou sur l'épithélium rénal, qu'agissent les médicaments pour produire la diurèse.

L'explication de la diurèse par l'augmentation de la tension artérielle a été démontrée fausse par M. Huchart, à propos de la digitale; nous n'y insisterons pas.

Quant à la théorie de l'excitation de l'épithélium rénal, c'est une simple hypothèse que nous repoussons par cette raison que des diurétiques appelés directs, n'agissent sur la fonction rénale qu'à la condition d'être employés à toute petite dose, et qu'à forte dose, loin d'exciter la sécrétion urinaire, ils la diminuent et la suppriment.

Et l'opothérapie, dont l'action est si considérable, elle n'augmente pas la pression artérielle, et on n'a jamais démontré son influence excitante sur l'épithélium rénal.

Donc, encore une fois, à l'exception de l'eau et du lait qui agit par l'eau qu'il contient, il n'existe point de diurétiques à proprement parler, mais des médicaments issus des cadres les plus divers de la pharmacopée, qui guérissent les hydropisies et produisent la diurèse en modifiant les lésions, causes de l'oligurie et de l'hydropisie.

D^r P. JOUSSET.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

DES INDICATIONS DU SULFATE DE QUININE DANS LE COURS DES MALADIES AIGUES NON PALUDÉENNES.

Tous les médecins depuis Torti, Sydenham et Bretonneau, sont d'accord sur les indications très précises du sulfate de quinine dans les maladies paludéennes ; je dis tous les médecins et je laisse de côté volontairement les sectaires et les systématiques qui, voulant mieux faire que les grandscliniciens traditionnels, ont posé des règles personnelles pour l'administration du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes. Ces médecins ne comptent que par le mal qu'ils font aux malades et par le tort qu'ils font à la thérapeutique. Nous les laissons donc à leur petite théorie et aux indications qu'ils en déduisent.

Mais, en dehors du traitement des fièvre intermittentes, les indications du sulfate de quinine sont loin d'être pré-

cises et les règles qui fixent le moment et la dose de l'administration du tébrifuge sont malheureusement très discutées et très variables

Nous appuyant sur un certain nombre d'observations de grippe et sur une de rhumatisme articulaire aigu, nous allons nous efforcer de fixer les règles de l'administration du sulfate de quinine, dans les maladies aiguës non paludéennes.

OBS. I. — Grippe anormale. Forme pleurodynamique. Accidents cholériformes. Hallucinations. Bryone, phosphore, sulfate de quinine, belladone, puis opium. Guérison.

Madame S..., âgée de 77 ans, d'une constitution riche, d'une nature très agitée, est atteinte, depuis plusieurs années, d'une aortite chronique qui a quelque fois déterminé des accès d'angine de poitrine. L'iodure de sodium à petite dose, continué depuis longtemps, a beaucoup calmé les symptômes de cette affection.

Dans la nuit du 23 ou 24 mars, après une bonne journée, la malade fut prise d'une sensation de frissonnement, avec nausées, douleurs très violentes dans le côté gauche, petite toux sèche, incessante, dyspnée au moindre mouvement ; mouvement fébrile, 96 pulsations, 38° 5 de température. Je prescrivis bryone, une dose toutes les deux heures et, à cause de la violence du point de côté, je fis mettre une goutte de teinture-mère par cuillerée d'eau.

Le lendemain, deuxième jour de la maladie, 25 mars, la fièvre était tombée ou au moins bien réduite ; température 37°,5 le matin et 37°,9 le soir. Même douleur de côté. Une diarrhée fort abondante, répétée 8 à 10 fois, a duré toute la nuit.

A la percussion, la sonorité est parfaite et comparable

à celle du côté droit. L'auscultation aussi est négative. On continue bryone à la même dose.

Le troisième jour, légère amélioration, $37^{\circ},8$ le matin, $37^{\circ},6$ le soir. Continuation du point de côté. On continue la bryone.

Le quatrième jour, l'état s'est aggravé. Insomnie, hallucinations continuelles ; la malade voit une foule de gens dans sa chambre, et entre autres, un petit nain ; elle perçoit des odeurs infectes. L'œil est brillant ; la malade veut se lever ; la langue est desséchée et saburrée. La température atteint 38° . Je prescris phosphore (6). — Le soir $38^{\circ},4$: Continuation de la diarrhée.

Le cinquième jour, même agitation nocturne avec hallucinations, bavardage ; le point de côté est moins fort. La toux est fréquente, toujours sèche, l'auscultation et la percussion sont négatives ; la température atteint $38^{\circ},7$ et le pouls 112. Le faciès est très mauvais : le nez effilé, les yeux cernés ; il y a toujours un peu de diarrhée. Le soir à 6 heures, la malade a encore $38^{\circ},7$. A 8 heures, légère détente ; la température baisse à $38^{\circ},4$. A 10 heures, elle est tombée à 38° ; je prescris à ce moment 1 gramme de sulfate de quinine en deux fois à une demi-heure de distance. La malade est plus calme la nuit et le lendemain matin la température est à $36^{\circ},9$.

Par précaution, je prescris encore 50 centigrammes de sulfate de quinine. La diarrhée persiste ; le point de côté et la toux ont presque disparu ; l'aspect est bien meilleur. La malade continue le phosphore dans la journée, elle commence à s'alimenter un peu. La fièvre n'a pas reparu ; le point de côté et la toux ont complètement cessé ; il y a un peu de sommeil la nuit et la malade commence à prendre quelques bouillies ; la langue est toujours sèche.

Belladone, prescrit contre l'agitation et les hallucinations, ne produit aucun effet.

Je remplace belladone par opium, 1^{re} trituration décimale, 25 centigrammes dans 200 grammes d'eau, 6 cuillérées par jour. Les nuits deviennent calmes, les hallucinations cessent, la malade mange et la convalescence suit son cours.

Cette observation est très probante; elle nous montre comment le sulfate de quinine donné au moment de la décroissance de l'accès fébrile a arrêté court cet accès, et permis à une maladie qui s'était présentée avec des apparences assez graves, de se terminer rapidement par la guérison.

OBS. II. — *Pneumonie grippale*. Début insidieux; plusieurs retours offensifs de la maladie; durée 38 jours; guérison. *Traitement* : *Bryone, Phosphore, Sulfate de quinine*.

X..., âgée de 9 ans 1/2. La malade entre à l'hôpital Saint-Jacques, le 27 mars 1903. Elle a été prise la nuit précédente d'un violent point dans le côté droit à hauteur de l'ombilic et a eu quelques vomissements.

A son entrée, la malade est assez abattue, mais cependant répond bien aux questions qu'on lui pose. Elle se plaint de céphalée; elle tousse un peu et a très soif.

T. 38°8. Pouls 120.

Langue sèche et chargée.

Palpation du ventre douloureuse; la malade accuse un point très douloureux, siégeant dans la fosse iliaque droite, à deux travers de doigts environ au-dessous du rebord des fausses côtes. La palpation laisse percevoir du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Percussion. Pas de matité. Le foie est normal ; la rate ne semble pas augmentée de volume.

Auscultation. Rien au poumon, ni au cœur. On laisse la malade à la diète et on lui donne Aconit (T. M.) X gouttes.

Soir. T. 39°8.

28. T. matin 39°2. La malade est plus abattue. Elle a vomé la nuit chaque fois qu'on lui a donné à boire et a été prise d'une diarrhée abondante et fétide, qui a cessé le matin. Elle se plaint toujours d'un point douloureux au même endroit. On donne Ipéca (1^{re} trit. X gouttes) 0 gr. 20.

T. le soir, 38°9.

29. La nuit a été très mauvaise ; la malade a beaucoup souffert ; la douleur, très violente, n'a pas varié de siège. Les vomissements persistent, mais la diarrhée a fait place à la constipation. On lui met toute la nuit des compresses chaudes.

Le matin, la température est de 38°2. La malade a un faciès jaune-pâle, la respiration très courte ; elle se plaint continuellement.

Le ventre est ballonné et douloureux, avec maximum de douleurs au point cité.

On donne Belladone (1^{re} trit. déc.), 0 gr. 50, et on fait mettre de la glace sur le ventre.

T. le soir, 39°.

30. La nuit a été meilleure. La respiration est toujours très courte. Les vomissements ont cessé ; le ventre est souple, mais la douleur, quoique moins vive, persiste toujours au même point. On peut asseoir la malade sur son lit et on trouve en arrière, à droite, un peu de matité, des râles crépitants très fins disséminés dans toute la

hauteur du poumon et du souffle, localisé à la partie médiane. La constipation persiste.

T. 37°8. On donne Bryone (6°), II gouttes. Soir. T. 38°2.

31. Matin. T. 38°5. La malade se trouve mieux, mais a toujours son point douloureux. A l'auscultation, on trouve un souffle rude et des râles crépitants fins. On donne : Phosphorus (6°), II gouttes. T. le soir, 38°6.

1^{er} avril. Amélioration légère. On donne Bryone (6°), II gouttes. T. matin, 38°9. Soir, 39°. Puls 108.

2. T. matin, 37°2. La malade se trouve mieux ; la respiration est moins dyspnéique, le faciès meilleur. A l'auscultation, souffle moins intense ; les râles crépitants de retour commencent à apparaître. Le point douloureux a disparu.

Dosage des chlorures dans l'urine donne 5 grammes par litre. On continue Bryone (6°), II gouttes. T. le soir, 38°2.

3. T. matin, 37°. L'état général s'améliore. Le souffle diminue et les râles crépitants de retour sont plus nombreux. On continue Bryone (6°), II gouttes. T. le soir, 38°5.

4. T. matin, 37°. La malade se trouve bien. On lui fait prendre tout de suite sulfate de quinine 0 gr. 50, puis on continue la Bryone à partir de 4 heures du soir. T. le soir, 37°5.

5. T. le matin, 36°5. On continue Bryone. T. le soir, 37°8.

6. T. le matin, 36°5. L'état général s'améliore ; mais la matité et le souffle persistent. On continue Bryone. T. le soir, 37°4.

7. T. le matin, 37°. On continue Bryone (T. M.), X gouttes. T. le soir 38°3.

8. T. le matin, 37°. Rien à signaler du côté de l'état général. Cependant, la matité semble augmentée et occupe toute la hauteur du poumon. Le souffle est plus intense et plus rude et les râles plus fins.

Le souffle augmente d'ailleurs d'intensité le soir, quand la température est plus élevée. On donne le matin :

Sulfate de quinine, 0 gr. 50, et on continue Bryone (T. M.), X gouttes dans la soirée. T. le soir, 38°1.

9. La malade paraît plus abattue. Elle est prise d'une diarrhée abondante. La température le matin est de 38°1.

On donne Phosphorus (6°), II gouttes.

Le soir, la température est de 39°3. l'état général est plus mauvais; le point siégeant dans la fosse iliaque droite a reparu. Malgré cela, l'état des lésions pulmonaires s'améliore, le souffle a bien diminué d'intensité, et les râles crépitants sont plus rares.

10. T. le matin, 37°2. Rien à signaler de nouveau depuis la veille, le soir. On lui donne sulfate de quinine, 0 gr. 50, à prendre de suite, et dans la journée, on continue Phosphorus (6°), II gouttes. La diarrhée est un peu moins abondante. T. le soir, 38°8.

11. T. matin, 37°2. On donne Bryone (6°), II gouttes. T. le soir, 38°.

12. T. matin, 37°. La malade n'a plus de diarrhée. Elle est cependant assez abattue. A l'auscultation, le souffle est plus intense et plus rude. Les râles ont disparu. On donne Bryone (6°), II gouttes. T. le soir, 39°4.

13. T. le matin, 28°2. L'état général est plus mauvais; la respiration est dyspnéique. La matité à la base a aug-

menté, et le murmure vésiculaire est diminué dans cette région.

On donne le matin 0 gr. 50 de sulfate de quinine et dans la journée : Cantharis (1^{re}) X gouttes, dans la crainte d'un épanchement pleural. Temp. le soir : 37°8.

Le 14. Même état. On continue Cantharis, ainsi que le 15 et le 16. Temp. matin, 36°4; soir, 37°9.

15. Temp. matin, 36°8; soir, 38°8.

16. Temp. matin, 37°; soir, 38°6.

L'état des lésions pulmonaires restant stationnaire, sans qu'il y ait d'autres signes positifs de pleurésie, on fait une ponction exploratrice, qui est négative. La partie supérieure du poumon est toujours soufflante.

17. Temp. matin, 37°4.

On donne aconit (TM) X gouttes. Temp. soir, 37°8.

18. On continue aconit (TM) X gouttes. Temp. matin, 37°, soir 38°4.

On fait la recherche des bacilles dans les mucosités nasales. On ne trouve que des cocci.

19. Temp. matin, 37°2. L'état général est meilleur. Malgré cela, la matité persiste, le souffle a augmenté d'intensité; la partie hépatisée est plus grande. On donne Phosph. (6) II gouttes. Temp. soir, 38°4.

20. Temp. matin, 36°6. On donne Bryone (6); temp. soir, 38°6.

21. Temp. matin, 37°. On donne Phosph. (6) et on le continue jusqu'au 26; temp. soir, 38°5.

22. Temp. matin, 37°2; temp. soir, 38°6.

23. Temp. matin, 37°2; temp. soir, 38°3.

24. Temp. matin, 36°6; temp. soir, 38°.

25. Temp. matin, 37°; temp. soir, 38°6.

26. Temp. matin, 37°4.

On trouve toujours le souffle, mais des râles crépitants de retour commencent à apparaître nombreux à la base. A cause du mouvement fébrile on donne : 0 gr. 50 de sulfate de quinine le matin, puis Bryone (TM) V gouttes dans la journée ; temp. le soir, 37°

27. Temp. matin, 36°2. On continue sulfate de quinine, 0 gr. 50 et Bryone (TM) V gouttes ; temp. le soir, 37°6.

28. Temp. matin, 37°5. On donne sulfate de quinine, 0 gr. 25 et Bryone (TM) V gouttes ; Temp. soir, 37°4.

29. Temp. matin, 36°8. On donne sulfate de quinine, 0 gr. 25 et Bryone (6) ; temp. soir, 37°7.

30. Temp. matin, 37°5. Rien de nouveau du côté des lésions pulmonaires. On continue sulfate de quinine, 0 gr. 25 et Bryone (6) temp. le soir, 37°3.

1^{er} mai. Temp. matin, 36°6. On donne sulfate de quinine, 0 gr. 25 ; temp. le soir, 37°6.

Le souffle diminue d'intensité. On perçoit quelques râles crépitants de retour à la base.

2 mai. Temp. matin, 36°4. On donne sulfate de quinine, 0 gr. 50 et on continue Bryone (6) temp. soir, 37°4.

A partir de ce moment on cesse le quinine et on donne Phos. (6). L'état général est bon ; on arrive à l'apyrexie, qui se maintient.

A partir du 3 mai, 38^e jour, il n'y a plus de fièvre, et on cesse tout traitement.

Le souffle a disparu et a fait place à des râles crépitants de retour, que l'on perçoit dans toute la hauteur du poumon. et qui sont apparus progressivement depuis le commencement du mois de mai. L'état général est très bon.

Réflexions. — Résumons cette très longue et très intéressante observation : pendant les quatre premiers jours de sa maladie cette enfant a présenté des symptômes qui, comme on le verra du reste par le traitement, nous avaient fait penser à une appendicite: mouvement fébrile intense; vomissements incessants; diarrhée et douleurs dans la fosse iliaque droite, assez fortes pour arracher des plaintes continuelles à la malade et l'immobiliser; ballonnement du ventre. Un seul point rendait douteux le diagnostic, c'était le siège de la douleur plus élevé que le point de Mac Burney: elle résidait à deux travers de doigt environ au-dessus du rebord des fausses côtes.

Le quatrième jour de la maladie, la douleur de la fosse iliaque ayant diminué considérablement on peut asseoir la malade et constater tous les signes d'une pneumonie droite. Les symptômes abdominaux ne reparurent plus; le mouvement fébrile qui avait atteint 39° , tomba assez brusquement le septième jour de la maladie à $37^{\circ},2$ sous l'influence du traitement classique *Bryone* et *Phosphore*.

La fièvre reparut à partir du douzième jour, s'éleva à $39^{\circ},2$ le quatorzième, et sous l'influence de 0 gr. 50 de *sulfate de quinine*, retomba entre 37° et 38° . Au dix-septième jour nouvelle poussée, nouvelle dose de *quinine*, nouvelle amélioration passagère. A partir du vingt-et-unième jour, pendant dix jours, recrudescence de la maladie, température oscillante de 37° à $38^{\circ},5$; augmentation du souffle et de la matité, matité assez grande pour nous faire penser à une pleurésie métapneumonique. Le *sulfate de quinine* fut alors administré tous les jours à la dose de gr. 50, puis de 0 gr. 25 le matin, en une fois. Cette médication, continuée pendant six jours, mit fin au mouvement fébrile, la convalescence ne fut plus

interrompue et la résolution de l'hépatisation était terminée vers le 10 mai, soit le quarante-deuxième jour de la maladie.

Le *sulfate de quinine* était indiqué dès le second septenaire par des écarts de température entre le matin et le soir, de plus de 2 degrés, 37 à 39. Chaque fois le *sulfate de quinine* amena l'abaissement de la température, mais c'est seulement lorsque nous nous décidâmes à continuer son emploi pendant plusieurs jours de suite que le mouvement fébrile fut tout à fait arrêté.

Le *sulfate de quinine* a toujours été administré au moment de l'apyrexie, à forte dose (0 gr. 50) pour une enfant de neuf ans ; et quand il a été répété plusieurs jours de suite, la dose a été abaissée à 0 gr. 25, suffisante pour maintenir l'apyrexie.

Obs. III. — *Bronchite grippale* chez une emphysémateuse.

Traitement : Ipéca, Bryone, Sulfate de quinine

La malade entre le 22 avril à l'hôpital Saint-Jacques, accusant de violentes douleurs dans la région dorsale et le long des insertions du diaphragme et surtout une grande faiblesse.

Elle est souffrante depuis six mois, tousse, ressent des douleurs, a perdu ses forces, mais n'a cependant jamais cessé de travailler. Elle est très faible et dans un état voisin de la cachexie.

A l'auscultation, on trouve une inspiration rude et une expiration rude et prolongée, mêlée à des râles sibilants et ronflants. L'expiration est beaucoup plus longue que l'inspiration. On diagnostique : emphysème pulmonaire, et on donne : Ipéca (6) et Bryone (6), soir, T. 38°6.

Le 23. T. matin, 37°7. On continue Ipéca (6) et Bryone (6), jusqu'au 9 mai. T. le soir, 39°3.

24. T. matin, 37°8; soir, 39°.

25. T. matin, 37°6; soir, 39°5.

26. T. matin, 37°3; soir, 39°.

27. T. matin, 37°; soir, 37°4.

28. T. matin, 37°2; soir, 38°1.

29. T. matin, 37°; soir, 39°1.

30. T. matin, 37°2. On donne le matin 1 gr. sulf. de quinine; soir, 38°1.

Le 1^{er}. T. matin, 36°7; soir, 37°8.

2. T. matin, 36°4; soir, 37°.

3. T. matin, 37°; soir, 38°.

4. T. matin, 36°7; soir, 37°8. On donne sulfate de quinine 1 gr.

5. T. matin, 36°7; soir, 37°1. On donne sulf. quinine 1 gr.

6. T. matin, 36°4; soir, 37°1. On donne sulf. quinine 0 gr. 50.

7. T. matin, 36°1; soir, 37°. On donne sulf. quinine 0 gr. 50.

8. T. matin, 36°5; soir, 37°.

9. T. matin, 36°5; soir, 38°5. On remplace Ipéca et Bryone par Pulsatille (6).

10. T. matin, 36°9; soir, 38°1. On donne sulfate de quinine 1 gr.

11. T. matin, 36°; soir, 36°7. On donne sulfate de quinine 1 gr.

A partir de ce moment, l'apyrexie obtenue se maintient.

Réflexion. — Cette femme âgée de 59 ans, souffrant depuis plusieurs années d'asthme et de catarrhe présentait,

à son entrée à l'hôpital, un mouvement fébrile rémittent, variant de $37^{\circ}5$ à $39^{\circ}5$. Ce mouvement fébrile s'accompagnait de dyspnée et surtout d'un grand abattement.

La fièvre tomba le septième jour, pour reprendre le dixième et atteindre 39° le soir. Le lendemain cette malade reçoit 1 gramme de *sulfate de quinine* en deux fois, à une demi-heure de distance : la fièvre tomba, il y eut une amélioration générale. Le quatorzième jour, température ayant atteint 38° , le soir, elle eut encore 1 gramme de *sulfate de quinine* ; 0 gr. 50 furent encore prescrits les deux jours suivants, et la convalescence semblait définitive, quand, le vingtième jour, elle présenta le soir une température de $38^{\circ}5$. Le lendemain 1 gramme de *sulfate de quinine*, qui fut répété le jour suivant alors que la température était montée à 38° . Depuis apyréxie complète, et guérison.

Voici maintenant une observation de rhumatisme.

Obs. IV. — *Rhumatisme articulaire aigu* « dans la convalescence de la grippe. — Longue durée de l'état fébrile. « Insuffisance de l'aconit, du sulfate de quinine à petite « dose. Résultat assez rapide du colchique. Guérison du « mouvement fébrile devenu intermittent par le sulfate « de quinine à haute dose et convalescence rapide. »

M. X..., âgé de 40 ans, artiste peintre, de nationalité norvégienne, d'une constitution très robuste, ayant eu la malaria à Chicago en 1899. Le 27 février 1903, ce malade, souffrant depuis quelques jours, fut pris d'une fièvre violente atteignant 40° , et débutant par de grands frissons ; douleurs dans tous les membres, délire, toux grasse, urines rares et contenant de l'albumine. Entré à l'hôpital le 6 mars, l'état général s'était beaucoup amélioré : il

avait seulement $38^{\circ},3$ de température, toux et râles de bronchite, cœur normal, albuminurie.

Ce malade, traité par l'aconit teinture-mère, à la dose de XX gouttes par jour, entra en convalescence ; il se levait le 9 mars, mangeait, dormait bien ; le 11, il descendait au jardin.

Le 13 mars, début de rhumatisme articulaire par un grand frisson ; douleurs très vives dans la plupart des articulations, surtout dans les pieds ; ni gonflement, ni rougeur ; la température est à 39° , la face animée, la transpiration abondante. Solubilis 6^e, administré à cause de ces sueurs, ne produisit aucun effet. Je prescrivis ensuite Bryone, 1^{re} trituration décimale, 50 centigr. par jour ; aucune amélioration, ni dans le mouvement fébrile, ni dans les douleurs. La région précordiale devient douloureuse ; je prescrivis alors XXX et XL gouttes de teinture d'aconit par jour.

Au bout de trois jours, nul changement ; j'essaie alors le sulfate de quinine à doses réfractées, 60 centigrammes en 6 fois ; aucune modification.

Je m'adresse alors au colchique, XXV gouttes de teinture-mère par jour ; le 3^e jour, amélioration notable du mouvement fébrile ; le 5^e jour, apyrexie le matin, $38^{\circ},2$ le soir ; le malade accuse du mieux.

J'avais été conduit à prescrire le colchique parce que les bruits du cœur étaient devenus très sourds et que le malade avait un peu d'oppression. Le 31, il eut un accès d'oppression cardiaque assez inquiétant, qui céda cependant facilement à une potion contenant X gouttes de la 1^{re} dilution de glonoïne dans 200 grammes d'eau.

1^{er} avril. Le malade est manifestement mieux ; apyrexie complète le matin, mais chaque soir la température

s'élève au-dessus de 38°. Un gramme de sulfate de quinine donné dans la matinée en quatre fois à un quart d'heure d'intervalle arrête complètement le mouvement fébrile et le malade entre en convalescence.

Par précaution le sulfate de quinine fut continué le 2 et le 3 avril. A ce moment, les articulations du poignet et de la main sont encore très prises ; elles sont très douloureuses et le siège d'un œdème considérable. Apis mellifica étant resté sans action, je reviens à bryone (XX gouttes par jour), qui amène rapidement la guérison des jointures malades.

La convalescence marche assez rapidement. L'appétit revient, le malade dort. La main gauche reste encore un peu impotente. L'albumine a tout à fait disparu et le cœur est revenu à son état normal.

Ce cas de rhumatisme articulaire aigu a été fort intense ; l'action médicamenteuse n'a pas été brillante et aurait pu faire regretter les succès aussi rapides qu'éphémères de salicylate. C'est le colchique qui a déterminé l'amélioration en diminuant le mouvement fébrile, et le sulfate de quinine à la dose d'un gramme administré pendant l'apyrexie a coupé les accès et complété la guérison.

Le sulfate de quinine est un médicament héroïque pour combattre les accès intermittents qui surviennent au cours des maladies. On observe ces accès dans la fièvre typhoïde, dans la pneumonie, dans la grippe, et plus rarement dans les autres maladies fébriles. Mais, pour que le sulfate de quinine déploie toute son action curative, il ne faut pas le donner, comme on le fait si souvent, à tort et à travers, sous prétexte d'antisepsie ou de mouvement fébrile intermittent ; on ne doit prescrire le sulfate de quinine que quand il y a indication de don-

ner ce médicament et, la différence de température entre le matin et le soir ne suffit pas à caractériser cette indication. Pour donner légitimement le sulfate de quinine il faut qu'il y ait *accès* ; un accès est constitué par un ensemble de symptômes apparaissant à un moment déterminé durant un certain nombre d'heures, puis disparaissant pour reparaitre sous le type quotidien, double quotidien ou tierce. L'élévation de la température est ordinairement le symptôme le plus important de l'accès ; cependant, la température peut rester normale et l'accès être constitué par une douleur, une anhélation ou une évacuation.

Chez nos malades, l'élévation de température caractéristique de l'accès s'accompagnait d'un ensemble de symptômes : malaises, anxiété, douleurs, qui donnait l'impression d'un état grave ; tandis que la chute de la température se rencontrait avec un état de bien-être caractéristique.

J'ajoute que ces accès sont beaucoup plus fréquents dans certaines épidémies ; ils sont surtout fréquents dans les pays malaria. Ils ont souvent une tendance à s'aggraver à chaque nouvel accès et peuvent devenir pernicleux.

Quand le sulfate de quinine à haute dose est donné mal à propos, sans indication, il exerce presque toujours une action nuisible sur la marche de la maladie.

Ce serait une faute d'administrer le sulfate de quinine dans cette période de la fièvre typhoïde où la température affecte une courbe à grandes oscillations avec une différence de un à deux degrés entre le matin et le soir ; les grandes oscillations ne constituent pas un accès, parce qu'elles ne s'accompagnent d'aucunes souffrances groupées et constituant un ensemble revenant périodique-

ment. La clinique a du reste depuis longtemps démontré l'inutilité du sulfate de quinine à cette période de la fièvre typhoïde.

D^r PIERRE JOUSSET.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

SUR L'EXISTENCE DU VIRUS RABIQUE DANS LA CICATRICE DE LA MORSURE. — DE L'INCUBATION DES VIRUS.

Le D^r Pacé, *private docente*, de pathologie interne et préparateur de l'institut antirabique de Naples, vient de publier dans les Annales de Pasteur (25 avril 1903), l'observation d'un enfant mort de la rage, et dans la cicatrice duquel il a constaté l'existence du virus rabique.

Il s'agit d'un enfant de six ans, ayant été profondément mordu à la jambe gauche nue par un chien enragé. La plaie était complètement cicatrisée après quinze jours, et la cicatrice avait l'apparence d'une bande luisante et plane sans aucune croûte. Trente et un jours après, l'enfant est pris de la rage et succombe en quelques jours.

A l'autopsie on constate que la cicatrice est rouge, livide, infiltrée, adhérente aux tissus.

Cette cicatrice isolée, hachée finement et émulsionnée, sert à inoculer des lapins qui succombèrent à la rage de onze à vingt-trois jours après.

Le D^r Pacé a vérifié à propos de ce cas, la virulence du bulbe, du nerf sciatique et des glandes salivaires, qui transmettent la rage aux lapins par inoculation. Des fragments de peau au contraire restent stériles.

Ce fait est fort intéressant, et explique un symptôme signalé de toute antiquité dans l'histoire de la rage, c'est que, le plus souvent, le début de la maladie est annoncé par un travail inflammatoire, qui se passe dans la cicatrice guérie et quelques fois oubliée. Cœlius Aurelianus avait déjà dit : *præpatitur ea pars quæ morsu fuerit vexata*.

Quel enseignement peut-on tirer de ce fait de la persistance du virus dans la cicatrice et du début de la maladie par les phénomènes inflammatoires et douloureux dans le siège de l'inoculation?

Le problème de l'inoculation dans les maladies infectieuses comprend encore un grand nombre d'inconnues : la constatation de la présence du virus rabique dans la cicatrice, son état latent pendant des semaines et quelquefois des mois, et son réveil précédant et annonçant le début de la rage est-il une preuve que l'agent pathogène de la rage reste localisé dans la cicatrice jusqu'au moment où éclate la maladie, et serait-on autorisé à croire que la destruction complète de cette cicatrice serait un moyen assuré de prévenir la rage?

Je ne le crois pas. Mon opinion repose sur les analogies entre la rage, le tétanos et la syphilis, et comme dans ces deux dernières maladies, l'ablation du membre blessé ou du chancre primitif n'a jamais empêché le développement ultérieur des symptômes, de même la suppression complète du virus rabique dans la cicatrice n'empêcherait pas le développement de la rage.

Un certain nombre d'expériences faites sur les animaux a démontré que la salive des lapins inoculés jouissait déjà de la propriété de communiquer la rage plusieurs jours avant qu'aucun symptôme de rage ne se soit manifesté (*Société de Biologie. Séance du 17 janvier 1903*).

Concluons donc sur ce premier point que, si une partie du virus de la rage reste dans la cicatrice, une autre partie a été absorbée.

Le problème de l'incubation des virus et des microbes pathogènes contient, avons-nous dit, un grand nombre d'inconnues. Nous n'avons pas la prétention de les éliminer toutes ; mais, résumant les faits incontestables relatifs à cette question, nous voudrions au moins poser les jalons de sa solution.

L'incubation est le temps qui s'écoule entre le moment où le contagion a été introduit dans l'organisme et celui où apparaissent les premiers symptômes de la maladie.

Le premier point à retenir, c'est qu'il existe deux facteurs dans ce processus ; d'un côté le microbe pathogène ou le virus, la graine ; de l'autre, l'organisme plus ou moins prédisposé au développement de la maladie et quelquefois complètement rebelle, doué d'immunité ; c'est le terrain.

L'action positive ou négative de l'inoculation, la durée de l'incubation, l'intensité de la maladie communiquée, sont sous l'influence des deux facteurs énoncés ci-dessus la graine et le terrain.

Si la morve ne se communique pas aux bovidés, ni le tétanos à la poule, c'est que ces espèces animales sont douées d'immunité naturelle contre ces maladies ; le terrain ici fait défaut.

Il fait défaut encore chez les vaccinés doués de l'immunité acquise.

La durée de l'incubation est en rapport avec la nature du contagion, avec la quantité de toxine ou de virus inoculé et enfin avec le degré de la prédisposition du malade.

La durée de l'incubation du choléra est de quelques

heures à plusieurs jours ; celle des fièvres éruptives est en général de deux septénaires ; celle de la syphilis de quatre semaines et celle de la rage peut dépasser plusieurs mois. On a même cité des observations où la durée de cette incubation a été d'une année.

L'influence de la quantité du virus inoculé est démontrée au moins pour la rage. Plus les morsures sont nombreuses et profondes, plus l'incubation est courte. Sans aucun doute, la disposition de l'organisme joue aussi un rôle dans la durée de l'incubation, mais nous n'avons pas d'éléments pour mesurer ce facteur, comme nous en avons pour évaluer la quantité de virus inoculé.

Les moutons de l'Algérie qui résistent à une faible inoculation de la maladie charbonneuse, succombent au contraire à cette maladie, si on augmente la dose des cultures inoculées.

Quant à la bénignité ou à la malignité de la maladie contractée, elle semble surtout devoir être en rapport avec la disposition individuelle ; cependant, pour la rage en particulier, nous savons qu'en même temps qu'elle est plus précoce dans son développement, elle est plus grave dans ses manifestations, plus difficile surtout à prévenir par les inoculations de moelle rabique, quand elle reconnaît pour cause la morsure des loups enragés, parce que ces animaux font de nombreuses et profondes blessures et inoculent une grande quantité de virus.

Le siège de l'inoculation, les tissus qui reçoivent le virus ou le microbe pathogène ont aussi une influence sur la durée de l'incubation et sur l'intensité de la maladie.

Les morsures de chiens enragés au membre supérieurs et à la face sont suivies d'une incubation dont la

durée est bien plus courte que lorsque les morsures ont eu lieu aux membres inférieurs. Ce fait est en rapport avec des expériences bien connues de laboratoire qui ont démontré que l'inoculation de certaines cultures pathogènes sur la queue d'un animal au lieu de le tuer, lui procuraient l'immunité. De même le bacille du charbon symptomatique qui reproduit la maladie par inoculation sous-cutanée produit l'immunité par l'inoculation dans les veines. Quant à l'influence du tissu qui reçoit l'inoculation, les expérimentations ont démontré que la rage comme le tétanos se propageait surtout dans le tissu nerveux.

L'organisme en incubation est-il déjà en état de maladie? Nous répondrons très certainement oui, quoique cet état ne se manifeste absolument par aucun symptôme. Nous disons que la période d'incubation fait partie de la maladie parce que, au moins pour la rage, nous avons la preuve expérimentale que, pendant la période d'incubation, avant qu'aucun symptôme ne se soit manifesté, la salive des animaux possède déjà la propriété de communiquer la rage; or, pour communiquer la rage, il faut être atteint de cette maladie.

La seconde raison, c'est que au moins pour le tétanos et la rage, la sérumthérapie agit presque à coup sûr pendant la période d'incubation, que, par conséquent, elle agit sur un organisme déjà malade.

Que devient le virus ou le microbe pathogène dans l'organisme pendant la période d'incubation? Question encore sans solution.

WAGNER.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. NÉPHRITES AIGUES. A QUEL MOMENT DE LEUR ÉVOLUTION FAUT-IL LES OPÉRER? — II. LA DÉCAPSULATION DES REINS DANS LES NÉPHRITES MÉDICALES. — III. CIRRHOSSES ALCOOLIQUES ET CRYPTO-TUBERCULOSES. — IV. L'INÉGALITÉ PUPILLAIRE CHEZ LES AORTIQUES. — V. UN CAS DE COLIQUE DE PLOMB GUÉRI PAR LE LAVEMENT ÉLECTRIQUE. — VI. TATTOUAGE SATURNIN DE LA MUQUEUSE DES LÈVRES. — VII. PARALYSIE DU NERF SCIATIQUE POPLITÉ EXTERNE CONSÉCUTIVE A UNE OPÉRATION GYNÉCOLOGIQUE. — VIII. NOTE SUR LA LEUCOPLASIE DU COL DE L'UTÉRUS; RAPPORT PROBABLE AVEC LA SYPHILIS ET L'ÉPITHÉLIOMA.

I

(Séance du 4^{or} mai). — MM. DUFOUR et FORTINEAU, à propos d'une malade qu'ils ont observée à l'automne dernier et qui est morte d'une néphrite aiguë, veulent poser devant la Société la question de l'intervention chirurgicale dans les néphrites aiguës, question qui est à l'ordre du jour, surtout à l'étranger où elle paraît entraîner des abus, témoin ce qu'ils rapportent du D^r Harrisson (1) qui

(1) *The Lancet*. 1896, 4 janvier.

a opéré les trois cas suivants : une néphrite scarlatineuse, une néphrite a frigore et une néphrite grippale dont « les symptômes furent si peu graves qu'il est impossible d'affirmer que ces néphrites n'eussent pas guéri par les procédés médicaux et sans la néphrotomie qui fut pratiquée dans les trois cas d'un seul côté. »

La malade qu'ils ont observée était une femme de 27 ans entrée à l'hôtel Dieu, le 22 septembre dernier ; elle est malade depuis huit jours : anurie, vomissements, diarrhée. Le cathétérisme de la vessie donne quelques centimètres cubes d'une urine très foncée et très albumineuse. Saignée, grand bain et lactose,

Dès le lendemain un peu d'urine (50 gr.) qui augmente progressivement pour atteindre en quelques jours un litre par vingt-quatre heures. Urine très foncée, contenant 3 grammes d'albumine ; le dépôt contient quelques globules rouges, des cellules du rein et une abondance colossale de leucocytes.

Diagnostic : néphrite aiguë diapédétique : état général grave ; impossibilité de se nourrir, même par le rectum ; 2^e saignée.

Devant l'état précaire de la malade, on propose à son mari une intervention chirurgicale et M. Marion accepte de la faire.

Les urines ayant augmenté, on recule l'opération, bien que la quantité des globules du pus soit assez grande pour faire un léger dépôt purulent au fond du bocal.

Les jours suivants l'état s'aggrava si rapidement que l'on dut abandonner l'idée d'intervention et la malade mourut.

MM. Dufour et Fortineau se demandent si l'opération n'aurait pas pu amener la guérison. Ils croient, qu'en

présence d'une néphrite reconnue diapédétique « il faut évaluer, par un examen quotidien des urines, la quantité approximative de cette leucocytose rénale, et ne pas hésiter à recourir à l'intervention chirurgicale si, en même temps que la leucocytose augmente, les phénomènes généraux dépendant de l'infection ou de l'urémie ne regressent pas.

Que doit-on faire, la néphrotomie ou la décapsulation ? Doit-on opérer les deux reins ou un seul, étant donné que l'opération d'un seul rein modifie ordinairement l'autre ? Tels sont des questions encore à résoudre et que MM. Dufour et Fortineau ne font que poser.

II

M. CLAUDE a étudié sur les animaux sains et malades les effets de la *décapsulation des reins* ; ces expériences sont encore en cours, il peut cependant donner quelques résultats ; la décapsulation des reins détermine des adhérences qui unissent le rein à la gangue fibro-adipeuse et au péritoine ; ces adhérences favorisent le développement de néo-vaisseaux, qui créent une circulation complémentaire, dans la partie corticale des reins et même dans les parties profondes.

C'est ce qui ressort du travail récent de MM. Georges Gayet et Bassan qui, par l'injection des reins décapsulés à la gélatine colorée, ont mieux démontré que ne l'avaient pu faire nos constatations histologiques, la réalité d'une circulation complémentaire s'étendant jusque dans les profondeurs des organes consécutivement à la formation des adhérences corticales. En faisant pénétrer la masse colorée dans l'aorte après ligature de l'artère du rein décapsulé, ces auteurs ont injecté un certain nombre de

vaisseaux dans lesquels la gélatine n'avait pu pénétrer que par les anastomoses néoformées entre le rein et la gangue cellulo-adipeuse. Ils ont constaté, à la périphérie de la substance corticale, l'existence de lacunes semblables à celles que nous avons décrites et ont pu suivre des artères et des capillaires injectés au voisinage des *tubuli contorti* et jusque dans la substance médullaire, ce qui paraît indiquer l'existence d'anastomose des vaisseaux néoformés avec les artères efférentes.

Ainsi, la décapsulation favorise la circulation locale au niveau des parties sécrétantes des reins, en même temps qu'elle décongestionne le parenchyme étranglé et œdématié dans sa gaine fibro-conjonctive. Ce sont ses effets immédiats. Quant aux effets éloignés, ils ne sont pas moins appréciables, car l'établissement d'une circulation complémentaire, par l'intermédiaire des adhérences périphériques, permet de compter sur une irrigation et une nutrition meilleure des épithéliums et une déplétion plus facile du système veineux et lymphatique.

Les communications de M. Dufour et de M. Claude sont assez encourageantes pour permettre d'essayer l'intervention chirurgicale dans les néphrites aiguës et chroniques graves.

III

Dans la séance précédente, M. Triboulet parlait du rôle probable de la tuberculose dans la genèse des cirrhoses alcooliques ; M. A. Jousset vient apporter à cette question une contribution expérimentale et anatomo-pathologique.

Il a essayé d'établir par l'inoculation au cobaye et l'examen inoscopique de la sérosité péritonéale que dans la cirrhose hypertrophique de Hanot, considérée comme une

affection alcoolique, la tuberculose jouait un rôle et pouvait être décelée.

Dans deux cas, dont il rapporte brièvement l'observation, le bacille de Koch a été trouvé dans le liquide ascitique par l'inoculation au cobaye et par l'inoscopie; en outre, il a inoculé au cobaye de la pulpe du foie, et la tuberculisation de l'animal est venue prouver la nature tuberculeuse de l'hépatite; pour éviter toute erreur, les foies avaient été « lavés avec environ 10 à 15 litres d'eau salée stérilisée qui les débarrassèrent par la voie portale et de l'artère hépatique de toute trace de sang. Quant à la surface du foie, elle avait été lavée au sublimé, à l'alcool et soigneusement cautérisée à la chaleur. »

La présence du bacille de Koch dans le tissu du foie et dans le liquide péritonéal semble bien démontrer que la tuberculose joue un rôle dans le développement des cirrhoses hypertrophiques avec épanchement dites alcooliques.

IV

(Séance du 15 mai.) — M. SIKEDÉY signale un symptôme qu'il a observé fréquemment chez les malades atteints d'aortite chronique (artérioscléreux athéromateux) c'est l'*inegalité pupillaire*, qui se rencontre en l'absence de tout antécédent syphilitique et de toute menace de tabes.

V

MM. BELIN ET DELHERNE viennent d'observer un cas de *colique de plomb guérie rapidement par le lavement électrique*, fait qui vient corroborer la communication du Dr Galliard.

Un homme de 45 ans entre à l'Hôtel-Dieu le 11 avril dernier en pleine colique saturnine.

Après avoir été indemne d'accidents de dix-huit à trente ans, il a eu depuis cet âge et à douze reprises différentes des crises de coliques dont la durée moyenne était de douze à quinze jours et qui ont surtout été traitées par des purgatifs drastiques ».

Il y a huit jours, se sentant très constipé et ayant des douleurs abdominales vives, il a pris une purgation; les accidents s'aggravant, il entre à l'hôpital.

Au moment de son entrée, il est en proie à de très violentes douleurs qui l'obligent à se tenir courbé, on a même beaucoup de peine à le déshabiller; le moindre mouvement lui arrache des cris. En présence de ces manifestations, on lui fait une piqûre de morphine qui le calme pendant quelques heures.

Le lendemain matin, la situation n'est pas beaucoup améliorée; le malade encore sous l'influence de la morphine, souffre un peu moins. Cependant, la douleur est assez forte pour lui arracher des plaintes. Le ventre est rétracté, douleur à la pression; la langue est sale et étalée; il existe un léger subictère; le foie et la rate ont un volume normal; il n'y a ni albumine ni pigments biliaires dans les urines. La constipation, en somme, est absolue, et depuis cinq jours il n'y a pas eu de selle.

Le 12 avril, dans la matinée, on donne au malade un lavement électrique, avec une intensité de courant assez faible (30 milliampères), selon le manuel opératoire ordinaire du lavement électrique et pendant quinze minutes environ.

Un quart d'heure après, le malade rend un bassin entier de matières fécales, mais les douleurs ne sont pas encore très modifiées à la contre-visite.

Mais peu après survient une débâcle des plus copieuses (plusieurs bassins) et le malade s'endort d'un sommeil profond jusqu'au lendemain matin.

Le 13, à la vis te, le malade ne souffre plus du tout de son ventre, et la palpation montre que l'abdomen est devenu souple et indolore.

Le résultat a été remarquable et est très encourageant.

VI

M. GALLIARD vient d'observer chez une malade de son service un *tatouage saturnin de la muqueuse des lèvres*. Gubler avait déjà signalé la pigmentation de la muqueuse des lèvres et des joues chez les saturnins.

Voici ce que Galliard a observé chez une de ses malades entrée pour une colique de plomb. En examinant la face interne des lèvres, il a vu que le liseré gingival s'était décalqué, pour ainsi dire sur la muqueuse, qui portait une raie noirâtre reproduisant exactement les sinuosités du liseré, raie noirâtre bordée de gris, comme si le coloris de la muqueuse avait bavé. »

M. CHAUFFARD a fait une observation analogue chez deux saturnins.

A la séance suivante (22 mai) M. BERTRAND fait remarquer qu'il y a près de vingt-huit ans, un médecin principal de la marine, Cras, de Brest, a déjà signalé ce symptôme; il l'a relevé dans une observation d'un mémoire sur le *liseré plombique* paru dans les *Archives de médecine navale* en 1875.

VII

M. SOUPAULT rappelle qu'on observe assez fréquemment après les opérations pratiquées sous l'anesthésie par le

chloroforme ou l'éther des paralysies encore mal connues ; ces paralysies peuvent se grouper en deux classes, les paralysies d'origine centrale, qui reconnaissent comme cause des lésions du cerveau ou de la moelle et les paralysies périphériques intéressant en presque totalité les membres supérieurs.

Il n'a relevé que quatre observations intéressant les membres inférieurs.

Il publie un cas de *paralysie du nerf sciatique poplitée externe*, dont voici le résumé :

Une jeune femme nerveuse, atteinte de salpingite suppurée avec accidents de septicémie durant deux mois, subit une intervention grave consistant dans l'ablation totale de l'utérus et des annexes. En raison des lésions rencontrées, l'opération se prolonge plus de deux heures. Quelques jours après on trouve les signes d'une névrite du sciatique poplitée externe de la jambe gauche : paralysie motrice, abolition de la contractilité faradique, réaction de dégénérescence des muscles, diminution de l'excitabilité du nerf, pas de troubles sensitifs.

Pendant un mois, sans traitement, la paralysie reste stationnaire. Au bout de ce temps, on institue un traitement électrique qui ramène rapidement la contractilité électrique, puis la contractilité volontaire.

Au bout de deux mois et demi la guérison est presque complète.

Il semble résulter des faits publiés jusqu'à ce jour que la compression est la cause principale de ces névrites.

VIII

M. VERDALLE vient d'observer un cas de *leucoplasie du col de l'utérus* ; il ne l'a vue signalée nulle part. Il croit donc

devoir rapporter ce qu'il a observé ; et il rapprochera ce cas de deux faits, dus à l'obligeance de M. Labadie-Lagrave, et qui, comme le sien, paraissent établir qu'il existe des rapports entre ces leucoplasies et l'épithélioma, peut-être même avec la syphilis.

Il a été appelé il y a deux ans et demi à examiner une dame d'une cinquantaine d'années dans les conditions suivantes :

Cette malade était sujette depuis déjà quelques mois à des hémorrhagies abondantes qui venaient à l'occasion des règles.

Les périodes menstruelles étaient devenues irrégulières : quelques-unes déterminaient des hémorrhagies qui duraient jusqu'à huit, dix et quinze jours même et qu'on avait grand peine à arrêter. Dans le courant de l'été il y en avait eu trois. La malade était très affaiblie, très anémiée et aussi très inquiète.

Femme bien portante jusqu'alors, ayant eu six enfants, en ayant nourri plusieurs, avec nombreuses fausses-couches. Syphilis probable. Sa mère est morte vers la cinquantaine d'un cancer de l'utérus.

Comme phénomènes fonctionnels la malade ne présente rien absolument ; aucune perte, aucune odeur, aucune douleur ; une certaine pesanteur du côté du bas-ventre et des reins, c'est tout.

Le corps de l'utérus est petit, de consistance normale et mobile. Mais la muqueuse du vagin et des ligaments sont très lâches ; rien dans les culs-de-sac.

Le col est gros, allongé, infiltré, mais de consistance mollassse ; pas de noyaux, ni d'induration. Les lèvres sont un peu entr'ouvertes et renversées ; à l'orifice de petits bourgeons saignent facilement.

Sur la face antérieure du col il y a deux plaques d'un blanc nacré, offrant absolument l'aspect de la leucoplasie linguale, ovalaires, lisses, brillantes, comme peintes au vernis sur la muqueuse : sans saillie, ni sillon de séparation.

Elles sont placées à cheval sur la face antérieure. La plus grande, de la dimension d'une pièce de 2 francs, occupe le milieu de la face antérieure; l'autre, grande comme une pièce de 50 centimes, est un peu à droite.

En interrogeant l'entourage de la malade, j'apprends que les deux plaques existent depuis fort longtemps, depuis plusieurs années; plusieurs médecins les ont constatées sans y attacher, au reste, d'importance, elles n'ont pas changé de place, ni de dimensions, depuis au moins cinq ou six ans.

Ce ne sont pas des cicatrices. Jamais il n'a été pratiqué de cautérisations. Au reste, leur surface, absolument égale et lisse, prouve bien qu'elles ne sont pas de nature cicatricielle.

Traitement très simple (injections chaudes, repos).

Pendant tout l'hiver il a revu, en effet, la malade à plusieurs reprises, le D^r Pascal, chirurgien très distingué, de Cannes, l'a examiné avec lui, il fut du même avis.

Et la suite des événements sembla leur donner raison. L'hiver se passa sans encombres. Plus d'hémorrhagies. Les bourgeons s'effacèrent. Le col revint à des dimensions à peu près normales. Mais les plaques ne bougèrent pas. Elles diminuèrent cependant de surface, suivant le mouvement de retrait de la muqueuse.

Deux ans se passèrent ainsi, sans accidents. La malade allait et venait, menait même une vie très active, se portait absolument bien, avait repris ses forces, et couleurs, notablement engraisée, se croyait guérie enfin.

Quand, dans le courant de l'automne dernier, les hémorragies reprirent de plus belle, et, mandé auprès d'elle à mon arrivée à Cannes à la fin d'octobre, je la trouvai horriblement changée à tous points de vue. Faciès caractéristique et amaigrissement considérable ; état local qui ne laissait aucun doute sur la nature du mal.

Le col ne formait plus qu'un énorme champignon bourgeonnant ; toute plaque avait disparu. La paroi de la vessie elle-même était envahie.

Les deux observations que M. Labadie-Lagrave a eu l'obligeance de communiquer présentent avec la précédente une grande analogie.

Dans la première, il s'agit d'une dame d'une cinquantaine d'années, qui présentait, elle aussi, deux plaques de leucoplasie de la muqueuse du *col*. L'une d'elles siégeait à la face inférieure et s'étendait jusque sur le bord de la lèvre. Au bout de huit ans, un cancer envahissait le *corps* de l'utérus et emportait rapidement la malade.

Dans le second cas, lequel est encore en observation, la malade est atteinte de cancer du col. Depuis plusieurs années elle portait sur la face inférieure une plaque de leucoplasie.

Il paraît résulter de ces trois faits, que la leucoplasie du col de l'utérus, affection très rare, serait l'indication d'un épithélioma utérin à venir ; dans tous les cas, une femme qui présenterait cette leucoplasie devrait être examinée fréquemment de façon à pouvoir intervenir d'une manière précoce.

D^r MARC JOUSSET.

BACTÉRIOLOGIE

PANOPHTALMIE (PHLEGMON DE L'ŒIL) PAR L'INTRODUCTION D'UN SUBTILIS DANS LE CORPS VITRÉ.

Le docteur Silberschmidt a publié dans le numéro d'avril des Annales de l'institut Pasteur, un travail qui présente un certain intérêt doctrinal.

Ce médecin a observé fréquemment à Zurich le cas de phlegmon de l'œil à la suite de la pénétration dans le corps vitré de parcelle de fer ou de caillou chez les agriculteurs et surtout chez ceux qui travaillent à la vigne. La panophtalmie marche très rapidement et l'œil est irrémédiablement perdu en vingt-quatre heures. Il s'agit donc ici d'une affection très grave, du globe oculaire à marche extrêmement rapide.

Le Dr Silberschmidt remarque qu'on n'observe jamais de semblable accident après la pénétration dans le corps vitré de parcelles métalliques chez les ouvriers qui travaillent le fer, et j'ajoute qu'à Paris, l'affection si commune à Zurich m'est inconnue.

Les recherches bactériologiques entreprises sur le corps vitré de l'œil malade aussitôt après l'extirpation du globe oculaire a permis de constater l'existence d'un bacille se rapprochant beaucoup du *subtilis* et qui existe pour ainsi dire en culture pure dans le corps vitré.

Ce bacille anaérobie cultive sur les milieux ordinaires; inoculé dans le corps vitré des animaux, il y reproduit le phlegmon de l'œil.

Ce bacille a une action tout à fait locale, jamais il ne se généralise, il n'est même pas pathogène pour les autres organes (page 282).

Nous remarquons expressément que le bacille *subtilis* vulgaire absolument et constamment saphrophite pour l'homme, ne reproduit pas le phlegmon de l'œil quand il est inoculé dans le corps vitré des animaux. Nous trouvons donc qu'il y a un inconvénient sérieux à appeler *subtilis* sans épithète le bacille pathogène du phlegmon de l'œil.

Ajoutons que le bacille du phlegmon de l'œil a une seconde action ; il détermine chez le cobaye quand il est injecté dans le péritoine, une péritonite suraiguë et mortelle, tandis qu'il est à peu près inoffensif dans le péritoine du lapin.

Concluons donc : le phlegmon de l'œil peut être déterminé par l'introduction dans le corps vitré d'un bacille jusqu'ici inconnu, mais rappelant par ses formes et ses cultures le vulgaire *subtilis*.
D^r WAGNER.

VARIÉTÉS

148^e ANNIVERSAIRE DE LA NAISSANCE DE HAHNEMANN

Le banquet annuel des médecins et pharmaciens homœopathes de France, en l'honneur de la naissance de Hahnemann, a été particulièrement brillant cette année par le nombre des convives supérieur aux années précédentes.

A la fin du banquet, M. le D^r Boyer, père, président de la Société homœopathique française, a prononcé le toast suivant :

Messieurs,

Nous célébrons, aujourd'hui, le 148^e anniversaire de la naissance de Hahnemann.

Je n'ai pas la prétention, à la fin de ce banquet, d'ex-

poser sa doctrine : vous la connaissez tous ; de la discuter : vous l'acceptez tous.

Mais, laissez-moi, Messieurs, évoquer pour un instant la belle figure du Maître :

Il me semble le voir au milieu de nous, présidant ce banquet, assistant en personne à son triomphe, et contemplant d'un long regard satisfait tout le chemin parcouru par ses disciples depuis sa mort.

Quelle ne serait pas sa joie, je pourrais dire son orgueil, en constatant que la doctrine de l'exilé, du pauvre médecin de Coethen persécuté, s'est répandue dans le monde ; qu'elle est, et qu'on peut même affirmer qu'elle sera toujours vivace : *ære perennius*.

Quel ne serait pas, dis-je, son légitime orgueil, en voyant des découvertes, que son génie avait, en quelque sorte pressenties, à une époque où les travaux de laboratoire étaient si rudimentaires, où la bactériologie était totalement inconnue, se vérifier tous les jours.

Car je crois, messieurs, sans être taxé d'exagération, qu'il est permis de retrouver, dans beaucoup de découvertes qui révolutionnent la science moderne, l'écho lointain, mais indiscutable, du *Similia Similibus Curantur*.

Inutile d'entrer dans des détails, ce n'est ici, ni le lieu, ni le moment, cela dépasserait de beaucoup les limites d'un simple toast, et d'ailleurs je prêche des convertis.

Constatons cependant qu'avant Hahnemann, la thérapeutique médicale n'existait pas, ou du moins qu'elle était purement empirique.

Eh bien, messieurs, quelles que soient les divergences d'opinion qui puissent exister sur sa doctrine, ce sera cependant son indiscutable, son éternel honneur d'avoir enfanté, d'avoir créé de toutes pièces cette thérapeutique nouvelle que ses disciples ont, depuis sa mort, répandue dans le monde entier.

Messieurs, je lève mon verre à la mémoire de Samuel Hahnemann, le précurseur de la médecine moderne !

D^r P. JOUSSET :

Je propose un toast à cette puissance à laquelle nous sommes tous soumis, au temps.

Messieurs,

Le temps n'est-il pas, en effet, le juge suprême entre la force et le droit, entre l'erreur et la vérité. Rien ne peut se dire fort, rien ne peut se dire grand, s'il n'a subi l'épreuve du temps.

En 1863, j'assistais pour la première fois à ces agapes confraternelles que nous avons l'habitude de célébrer chaque année en l'honneur de Hahnemann. Le banquet était présidé par le D^r Cabarus. Ce médecin des grands salons et de la haute société prononça un toast qui nous laissa froids : « Je bois, dit-il, à l'empereur, le protecteur éclairé des Arts et des Sciences. » Les autres toasts peuvent se résumer dans des vœux au développement et à la propagation de l'homœopathie.

Eh bien ! Messieurs, le temps a passé, l'empereur a disparu dans un cataclysme que nous n'avons pas le droit d'oublier : il ne reste plus rien de lui ni de sa race.

L'homœopathie a subi elle aussi, cette épreuve du temps : elle s'est développée et, au point de vue scientifique, on peut dire qu'elle est supérieure à ce qu'elle était en 1863. Cependant ce ne sont ni les systèmes contradictoires ni même les guerres intestines qui ont manqué à la réforme de Hahnemann ; mais au-dessus de ces divisions et de ces querelles trois principes ont constamment surnagé : la matière médicale expérimentale, la loi de similitude et l'atténuation des doses. En sorte qu'aujourd'hui, dans sa constitution, l'homœopathie est ce qu'elle était en 1796, lors de la première publication de Hahnemann.

Mais il est juste d'ajouter que la matière médicale s'est perfectionnée et se perfectionne chaque jour par l'expérimentation ; que la sûreté des indications et le choix des doses empruntent aux travaux cliniques incessants une certitude qu'ils n'avaient point.

Mais dans cette fin de siècle un fait considérable pour l'homœopathie s'est produit : je veux parler des travaux de Pasteur. Ce grand savant, à l'aide de son génie et de la méthode expérimentale, est arrivé aux mêmes conclusions thérapeutiques que Hahnemann : en effet, le microbe pathogène guérit la maladie qu'il produit, et il la guérit à la condition d'être atténué. *Similia similibus curantur*, atténuation des doses, c'est toute l'homœopathie, c'est aussi tout le pasteurisme.

Cette démonstration indirecte de la vérité de la thérapeutique homœopathique a deux conséquences considérables : elle double la certitude clinique de la certitude du laboratoire, elle fait tomber enfin ces barrières que le préjugé avait élevées entre nos confrères et nous.

Buvons donc au temps, qui a permis le développement de notre doctrine thérapeutique, et bientôt, j'en suis certain, nous permettra d'en voir le triomphe.

D^r LÉON SIMON :

Messieurs,

Le plaisir de nous trouver réunis, ne doit pas nous faire oublier des convives dont nous avons tous apprécié la bonne humeur aux banquets précédents, et qui ne s'assoieront plus à notre table pour cette fâcheuse raison que leur couvert a été retiré du banquet de la vie. Depuis un an, nous en avons perdu trois qui avaient tous un trait commun, celui d'être extrêmement sympathiques, mais dont les destinées furent bien différentes.

Conqueret, dont vous vous rappelez le regard perçant et

la vivacité toute juvénile, s'est éteint après une carrière longue et bien remplie, pendant laquelle il avait fait aimer l'homœopathie à Paris d'abord, puis à Nantes et à Versailles.

Gaston Malapert du Peux, qui ne lui ressemblait guère, était, dans la meilleure acception du mot, un fils à papa, un fils dont le papa avait été fier avec juste raison. Sa thèse sur le régime lacté nous avait révélé en lui un homme doué des qualités qui font l'observateur et le clinicien. Malheureusement il est mort à 40 ans, avant d'avoir pu tenir toutes ses promesses et donner intégralement sa mesure.

La destinée de ces confrères m'a remémoré la phrase suivante, que j'ai lue autrefois : « Heureux ces départs
« quand ils arrivent après que la coupe des jours est déjà
« vidée ! Ce qui donne le frisson et déconcerte nos pau-
« vres sagesse d'hommes, c'est la vue tragique du chêne
« foudroyé dans sa force. » Combien plus on est déco-
certé à la vue d'une jeune tige, à peine sortie de terre, que la faux du moissonneur a brutalement tranchée avec les herbes d'alentour ! Tel fut le sort du jeune Van der Velde, étudiant en médecine, mort avant d'avoir achevé ses études. Je l'ai connu ; c'était un garçon studieux et instruit, qui promettait de faire honneur à notre école. Il avait de qui tenir, car il était fils d'un des plus ardents propagateurs de l'homœopathie, que vous avez vu au congrès de 1900, dont il avait été un des premiers souscripteurs.

Une chose tempère nos regrets, c'est que la place laissée par nos confrères n'est pas restée vide. Ils ont des successeurs, qui sont ici présents et auxquels je suis heureux de souhaiter la bienvenue ! Ils peuvent servir d'exemple à la jeunesse, qui est largement représentée ce soir, je le constate avec plaisir. Après avoir payé tribut au passé, il est bon de se tourner vers l'avenir, préparé par ceux qui ne sont plus, et plein de promesses pour ceux qui ne sont pas encore.

TABLE DES MATIÈRES

A			
Acide oxalique (l'), ses effets et son emploi thérapeutique.....	307	Artério-scléreux (néphrite parenchymateuse aiguë chez un).....	204
Acné (de l') professionnelle chez les fabricants de chlore.....	285	B	
Acétiennes (du poison pruritigène et urticant contenu dans les tentacules des).....	146	Bacille d'Eberth (le) dans le sang des typhiques.....	41
Adrénaline (action de l') sur les vaisseaux.....	375	— (présence du) dans l'urine des typhiques.....	378
— (influence de l') sur le développement des gangrènes microbiennes.....	137	— de Koch (recherches du) dans l'urine.....	132
— (sur la valeur hémostatique de l').....	131	— tuberculeux (note sur une nouvelle recherche du)....	120
— (note sur l').....	135	— (recherche du) dans le sang par homogénéisation du caillot.....	142
— différence d'actions de (l') sur la pression sanguine..	135	Bactériologie (la clinique et la).....	292
— (la vaso-constriction déterminée par l') n'est pas due aux centres sympathiques.	141	Benzine (intoxication par ingestion accidentelle de)....	228
Air stérilisé (insufflation d') dans les épanchements pleuraux.....	369	Bile (le microbisme normal de la).....	373
Alcoolique transitoire (à propos de deux cas de tachycardie).....	367	BORCHARD (Ch.) — Traité de pathologie générale (art. bibl.)	151
Alcoolisme (l'), ses dangers..	222	Bromures (remarque sur l'influence de l'hypochloruration sur l'action des).....	379
Allemande (revue de la presse) V. Picard.		Brûlures (l'hypochlorite de chaux dans les).....	396
Alors contre la chute du rectum.....	33	C	
Anophèles (les) et la fièvre intermittente.....	30, 100	Cancer arsenical (le).....	36
Aortite abdominale (de l').....	351	Capsules surrénales (sur l'action des).....	219
Aortiques (inégalité pupillaire chez les).....	642	— dialysées dangers du principe actif des).....	139
Apis (laryngite aiguë grave, guérison par).....	34	Caractéristiques des principaux médicaments homœopathiques.....	73
Appendicite (saturnisme et).....	296	Chaux (l'hypochlorite de) dans les brûlures.....	396
— (du traitement chirurgical de l').....	29	— (Effets nuisibles des sels de) dans la goutte et chez les sujets âgés.....	389
Arsenical (le cancer).....	36	Chlore (de l'acné professionnelle chez les fabricants de)	285

<i>Chloralose</i> (action toxique de la)	144	Diabète héréditaire (action curative des courants de haute fréquence sur un cas de).....	129
<i>Chlorose</i> (phlébite infectieuse au cours d'une)	369	Diurétiques (études sur les)...	420
<i>Cholécystite</i> (angéïe) calculieuse suppurée. Valeur diagnostique de l'examen du sang.	304	Dysménorrhée (l'extrait thyroïdien contre la).....	59
— suppurée simulant les vomissements de la grossesse et terminée par le syndrome de méningite cérébro-spinale.	304	E	
<i>Cirrhoses</i> alcooliques et cryptotuberculeuse	461	Endocardite rhumatismale..	276
<i>Clinique</i> de l'hôpital St-Jacques... 101, 196, 266, 335,	437	Epithéliome et carcinome claveux de la mamelle.....	129
<i>Clinique</i> (la) et la bactériologie	292	Erysipèle (traitement de l') par la levure de bière.....	25
<i>Cliniques</i> (notes).....	235	Erythème scarlatiniforme desquamatif cocaïnique... ..	392
<i>Cocainique</i> (érythème scarlatiniforme desquamatif....)	392	Estomac (recherches sur le séjour des liquides dans l')..	133
<i>Colchicine</i> (intoxication mortelle par la) à dose thérapeutique.....	298	Etranglements (contribution à l'étude des pseudo-) de l'intestin.....	60
<i>Colique</i> hépatique (pathogénie de la)	112	F	
<i>Collargol</i> (le).....	281	Fièvres éruptives (traitement des) par le levure de bière..	25
— (de l'emploi du) sans indications	353	Fièvre intermittente (les anophèles et la).....	30, 100
— (un cas de tétanos traité par les injections intra-veineuses de).....	368	Foie (congestion atrophique du).....	137
— (deux cas de pneumonie traitées par le)	115	— (le doigt hippocratique dans l'abcès et le kyste kystique du).....	49
— Indications diverses. Mode d'emploi, doses	122	G	
— (efficacité du) dans le traitement des maladies infectieuses.....	45	Gélatine décalcifiée (action de la) sur la coagulation du sang.....	381
— en injections intra-veineuses (pneumonie du sommet chez un vieillard)....	94	Génie (du) épidémique.....	318
Conférence faite au cercle Catholique.....	401	Glycosurie et hypophyse....	380
Congrès du Caire.....	398	Goutte (effets nuisibles des sels de chaux dans la)....	389
Cryoscopie du lait et adu-tération du lait.....	295	Grippe (la forme cardiaque de la).....	346
D		Grossesse (maladie de la)...	237
Déclaration obligatoire (à propos de la) des maladies contagieuses.....	156	H	
Désodorant (un liquide)....	372	Hépatique (de l'action du suc contre le prurit et l'urticaire plus particulièrement post-serothérapique.....	130
		Hôpital Saint-Jacques (compte rendu annuel)	321
		Hyperthermie (de la valeur de l') dans les maladies.....	37

I

Injections locales d'iodure de potassium (sur les) dans les gommès syphilitiques.....	222
Injections intra-veineuses (traitement par les).....	18
Insuffisance mitrale.....	108
Iode (action comparée de l') et des iodures sur les poumons.....	388
Iodures (action comparée de l'iode et des) sur les poumons.....	388

J

JOUSSET (P.).—Thérapeutique générale.....	4
—Du traitement chirurgical de l'appendicite.....	29
—Les anophèles et la fièvre intermittente.....	30
—Le cancer arsenical.....	36
—De la valeur de l'hyperthermie dans les maladies.....	37
—Le nagana et le sura.....	78
—Clinique de l'hôpital Saint-Jacques. 101, 196, 266, 335,.....	437
—Bibliographie, Traité de pathologie générale.....	151
—A propos de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses.....	156
—La tuberculose par ingestion.....	207
—Hérédité de la tuberculose.....	210
—Prophylaxie de la tuberculose et sanatorium.....	212
—Sur l'action des capsules surrénales.....	219
—Le collargol.....	281
—Vaccination antituberculeuse.....	288
—La clinique et la bactériologie.....	292
—Un mot de réponse au Dr Dahlke, de Berlin, à propos de sa critique sur la Constitution de la thérapeutique.....	314
—des venins de serpents.....	324
—La forme cardiaque de la grippe.....	346
—De l'emploi du collargol	

sans indication.....	353
—De l'application local des médicaments.....	357
—Conférence faite au Cercle catholique.....	401
—Etude sur les diurétiques.....	420
JOUSSET (M.).—Traitement par les injections intra-veineuses.....	78
—Traitement des fièvres éruptives et de l'érysipèle par la levure de bière.....	25
—Clinique médicale.....	33
—Revue de la Société médicale des hôpitaux, 39, 115, 221, 294, 363,.....	458
—Maison Marguerite, rapport médical.....	399

K

<i>Kali carbonicum</i> (emploi du).....	55
Kernig (le signe (de) dans quelques affections non-méningitiques.....	140
—(le signe (de) dans la fièvre typhoïde).....	141, 145

L

Lait (le) en poudre.....	239
—(cryoscopie du) et adulation du lait.....	295
Laryngite aiguë grave, guérison par apis.....	34
Lèpre (diagnostic de la) par l'examen bactériologique du mucus nasal après injection d'iodure de potassium.....	131
Leucocythose dans l'urémie expérimentale.....	143
Levure de bière (traitement des fièvres éruptives et de l'érysipèle par la).....	25
Lupus tuberculeux (diagnostic du) du nez par l'examen du mucus nasal.....	138

M

Maison Marguerite (rapport médical).....	399
Mamelle (épithélioma et carcinom clavelleux de la).....	129
Médicaments (de l'application locale des).....	357

Méningite cérébro-spinale (cholécystite suppurée terminée par le syndrome de la).....	304	P <i>Paraffine</i> (traitement du prolapsus du rectum par les injections de).....	58
— tuberculeuse (recherche de la virulence des liquides de la).....	374	Paraplégie flasque guérie par les injections de benzoate de mercure.....	226
<i>Mercuré</i> (paraplégie flasque guérie par les injections du benzoate de).....	226	Phlébite infectieuse au cours d'une chlorose suivie d'autopsie.....	369
Microbisme (le) normal de la bile.....	373	PICARD. — Revue de la presse allemande, 55, 235, 307, — Bibliographie : caractéristique des principaux médicaments homœopathiques.....	73
MONDAIN. — Contribution à l'étude des pseudo-étranglements de l'intestin (art. bibl.).....	60	<i>Pilocarpine</i> (toxicité de la).....	148
<i>Murex</i> (sur le venin de la glande à pourpre du)....	148	Piroplasmoses (du rôle des tiques dans la propagation des)..... 136, 145, 370,	386
Myxœdème congénital (nouveau cas de).....	367	Pleuraux (insufflation d'air stérilisé dans les épanchements).....	369
N		Pleurésie.....	104
Nagana (la) et le sura.....	78	— gauche chez une cardiaque, compliquée d'une néphrite infectieuse).....	286
Néphrites chroniques bilatérales consécutives à des lésions traumatiques d'un seul rein.....	416	— franche (recherche de la virulence des liquides de la).....	374
— interstitielle.....	335	Pneumocoque (recherche du) dans le sang des pneumoniques.....	368
— parenchymateuse aiguë chez un artério-scléreux..	204	Pneumonie.....	101
— aiguës; à quel moment de leur évolution doit-on les opérer?.....	458	— (deux cas de) traités par le collargol ..	115
— (décapsulation du rein dans les) médicales.....	460	— du sommet chez un vieillard, guérison, collargol en injection intra-veineuse.	94
Névralgies (la santonine contre les).....	313	<i>Podophyllum</i> [contre la chute du rectum.....	33
— (quelques résultats du traitement des) par les injections sous-cutanées d'air atmosphérique.....	43	Poumons (action comparée de l'iode et des iodures sur les).....	388
O		Prurit (action du suc hépatique contre le).....	130
Oesophagien (régurgitations électives; diverticule)....	39	Q Quinine (un moyen de faire prendre le sulfate de) aux enfants.....	396
Ongle incarné (traitement de).....	240	— (Des indications du sulfate) dans le cours des maladies aiguës non paludéennes..	437
Orchite (trois observations d') dans la fièvre typhoïde...	363		
Orthostatisme (influence de l') sur la fonction du rein...	381		

R

Rabique (sur l'existence de virus) dans la cicatrice de la morsure.....	453
Radioscopie gastrique appliquée à l'étude du séjour des liquides dans l'estomac.....	138
Rage (recherche sur l'histologie pathologique de la).. — (contribution à l'étologie de la).....	143 148
Raisins (cure de).....	394
Rate (sur le rôle de la) dans l'organisme.....	134
Rectum (traitement du prolapsus du) par l'injection de paraffine.....	58
— (chute du), guéri par podophyllum et aloès.....	33
Régurgitations électives; diverticule œsophagien; radioscopie après déglutition de bismuth.....	39
Rein (influence de l'orthostatisme sur la fonction du).. — (Décapsulation du) dans les néphrites médicales.....	381 460
Rhumatisme articulaire aigu. — articulaire aigu, suivie de folie bénigne.....	106 278

S

Sanatorium et prophylaxie de la tuberculose.....	212
Santonine (la) contre les douleurs fulgurantes du tabes et les névralgies.....	313
Saturnin (tatouage) de la muqueuse des lèvres.....	464
Saturnine (intoxication) chez deux ouvriers serti-seurs de perles fines; saturnisme et appendicite.....	296
— (traitement de la colique) par le lavement électrique..	363
Sciaticque (paralysie du nerf) à la suite d'une opération.	464
Scorbut infantile (nouveaux cas de).....	366
Sérothérapie de la fièvre typhoïde.....	410
Sérum gélatiné (tétanos con-	

sécutif à des injections de). — normaux (sur l'action néphrotoxiques des injections de).....	311 387
SIEFFERT (Dr). — La thérapeutique positive devant l'action des médicaments...	161 241
Société médicale des hôpitaux (revue de la). V. Jousset, (Marc)	279
Somnambulisme pathologique	279
Stereoagnosie (un cas de) au cours d'une polynevrile...	385
Strychnine (action de la) sur les nerfs moteurs.....	132
Surrénale (insuffisance) chronique expérimentale.....	375
Syphilis héréditaire précoce avec splénomégalie, anémie et réaction myéloïde du sang.....	223
Syphilitiques (sur les injections locales d'iode de potassium dans les gommées)....	222

T

Tabès (la santonine contre les douleurs fulgurantes du)...	313
Tabétiques (du siège des anesthésies cutanées chez les) dans leurs relations avec les crises gastriques et intestinales.....	380
Tachycardie (à propos de deux cas de) alcoolique transitoire.....	367
TE-SIER. — Bibliographie : Contribution à l'étude des pseudo-étranglements de l'intestin.....	60
Tétanos (un cas de) traité par les injections intra-veineuses de collargol.....	368
— consécutif à des injections sérum gélatiné.....	311
Thérapeutique générale...4,	84
— positive (la) devant l'action des médicaments.....	161
— (un mot de réponse du Dr Dahike, de Berlin, à propos de sa critique sur la constitution de la).....	314

Tiques (du rôle des) dans la propagation des piroplasmoses.....	136, 145 370	386	— (fièvre), hémorrhagies intestinales très graves.....	196
Tuberculeuse (de l'infection) du chien par les voies digestives	382		— (fièvre) bénigne.....	198
— (vaccination anti-).....	288		Thyroïdien (l'extrait) contre la dysménorrhée.....	59
Tuberculine (l'épreuve de la) dans le diagnostic des affections tuberculeuses et non tuberculeuses du système nerveux	140			
Tuberculose (la) par ingestion..	207		U	
— (hérédité de la).....	210		Urémie expérimentale (leucocytose dans l').....	143
— (prophylaxie de la) et sanatorium.....	212		Urticaire (action du suchépatique contre l').....	130
— (Cirrhoses alcooliques et crypto).....	461		Utérus (leucoplasie du col de).....	465
Typhiques (le bacille d'Eberth dans le sang des)....	41		<i>Uva ursi</i> (idiosyncrasie pour la feuille d').....	150
— (présence du bacille d'Eberth dans l'urine des)..	378			
Typhoïde (sérothérapie de la fièvre).....	110		V	
— (réaction de Widal et pronostic de la fièvre).	373		Vaccination antituberculeuse.	288
— (trois observations d'orchites dans la fièvre).....	303		Vaccine (note expérimentale sur la).....	377
— (le signe de Kernig dans la fièvre).....	141, 145		Veineuses (traitement par les injections intra-).....	18
			Venins de serpents (des). ..	324
			Virulence des liquides (recherche sur le degré de la) de la pleurésie franche et de la méningite tuberculeuse.....	374
			Virus (de l'incubation des)..	453
			Vive (action du venin de la)..	128

SOUS PRESSE

Mémorial

DE

Thérapeutique Homœopathique

par les Docteurs P. JOUSSET et MARC JOUSSET

Le Propriétaire-Gérant : P. JOUSSET.

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE

ANATOMIE

PHYSIOLOGIE

HYGIÈNE

NOSOGRAPHIE

ÉTIOLOGIE

SÉMÉIOTIQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE

TOME XCVII

PARIS

AU BUREAU DU JOURNAL

241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

—
1903

L'ART MEDICAL

JUILLET 1903

CONFÉRENCE

FAITE AU CERCLE CATHOLIQUE DU LUXEMBOURG

le 20 mars 1903.

(Suite et fin).

IV. — *Thérapeutique*. Nous sommes habitués à appeler la thérapeutique le couronnement de l'art ; et je me demande si ce couronnement qu'on vous offre dans nos écoles est bien fait pour flatter notre vanité. J'en doute. Certainement il y a de très grandes richesses en thérapeutique, mais il y a aussi une absence complète de doctrine ; ce qui engendre des connaissances contradictoires et inutilisables pour la plupart.

Si vous voulez bien examiner la table des ouvrages de thérapeutique les plus récents, ceux qui ont paru il y a deux ou trois ans, vous verrez que c'est le cadre galénique qui est toujours là ; ce vieux cadre avec les diurétiques, les amers, les toniques, les aromatiques, les anti-spasmodiques, etc.

Voilà quelle est, aujourd'hui, la constitution de la thérapeutique : c'est le cadre de Galien, dans lequel on place les nouvelles découvertes. Il y a encore un signe que je regarde comme très démonstratif de l'impuissance, de la décadence de la thérapeutique : ce sont les découvertes quotidiennes de panacées qui guérissent tout, mais cela dure trois mois. La dernière découverte, c'est le *collargol*. C'est cette manie de s'enthousiasmer pour des médicaments qui guérissent tout, et qui sont remplacés par d'autres qui ne durent pas plus longtemps, qui faisait dire à Trousseau, homme d'esprit et grand thérapeute : « Dépêchez-vous de prendre ce médicament pendant qu'il guérit : cela ne durera pas longtemps. » (*Rires.*)

Eh bien, c'est là une preuve de décadence, et les médecins qui font de la thérapeutique sérieuse ne s'arrêtent pas à ces choses-là. Quand on parle du Collargol, j'en appelle à l'expérimentation et à la clinique. Il faut avoir une doctrine, en thérapeutique, et savoir ce qu'on fait; mais, si on va comme des corneilles qui abattent des noix, on gobe bien vite la première niaiserie qui passe par la tête d'un inventeur et avec laquelle il prétend guérir tout !

Il y a une autre richesse dans la thérapeutique actuelle, une grande richesse qui est aussi une cause de faiblesse à mes yeux : c'est le nombre considérable de médicaments palliatifs. Réellement, je crois qu'on ne doit plus souffrir aujourd'hui. Depuis le chloroforme jusqu'à la morphine, il y a des remèdes pour toutes les douleurs, pour l'insomnie, pour les états nerveux, pour la constipation ; enfin la médication palliative a acquis une richesse telle qu'on ne devrait pas souffrir. Seulement cette richesse est une tentation pour le médecin et pour le malade ; le malade qui ne

veut pas souffrir et, le médecin qui, quand il ne peut pas guérir, s'efforce de calmer son malade. Eh bien, c'est une pente fâcheuse ; il y a une règle que je donne à tous mes élèves : « Toutes les fois qu'une maladie est curable, ne faites jamais de médication palliative, parce que vous la rendrez incurable. Toutes les fois qu'un malade vient me consulter ayant une affection curable, et qu'il a l'habitude de prendre beaucoup de morphine, par exemple, ou de l'antipyrine, je dis : « Quand vous serez décidé à souffrir, je vous guérirai. »

Cependant, aujourd'hui, on dirait que nous sommes à l'aurore d'une nouvelle thérapeutique ; on voit une lumière, quelque chose de nouveau qui n'est plus le galénisme. Les mots eux-mêmes sont nouveaux : ce sont des vaccins, pas le vaccin de Jenner, non, des vaccins, c'est la sérumthérapie, c'est l'opothérapie. Qu'est-ce que cela ? C'est tout le Pasteurisme. Eh bien, c'est cela qui tuera l'ancienne thérapeutique. C'est là la vérité, et cette thérapeutique est la notre. Je vais vous montrer maintenant comment c'est notre thérapeutique et qu'elle était pratiquée bien avant que Pasteur fût au monde.

Maintenant que nous avons fait la critique de la science officielle, il faut que je vous expose notre doctrine en thérapeutique.

De même que nous avons vu que l'homme pouvait être malade avec ou sans le concours des causes externes, de même nous disons que l'homme peut guérir avec ou sans le concours des agents externes qu'on appelle les *médicaments*. En un mot, l'homme peut guérir et guérit quelquefois même des maladies les plus graves, sans traitement. Hippocrate a dit : *Natura medicalrix*. Aujourd'hui, tout

le monde trouve que c'est beau, et l'on a raison de trouver cela très beau : *Natura medicatrix*. C'est l'homme qui se guérit lui-même ; c'est l'organisme qui se guérit lui-même. Savez-vous qu'il y a des conséquences très graves à tirer de cette vérité ?

Si les maladies les plus graves peuvent se guérir sans traitement, de quel droit intervenez-vous dans ce drame de la vie et de la mort, avec ce que vous appelez des médicaments héroïques ? Ce malade devait guérir, vous le tuez ! Vous dites : « Les médecins ont droit de vie et de mort. » Non, le médecin a le droit de savoir son état. Eh bien, il doit savoir une chose : c'est qu'il y a une grande loi d'indication qu'il doit toujours respecter, que notre Ecole a formulée en quatre mots : Le médecin comme le chirurgien ne doivent agir que quand il existe « une nécessité évidente », pas une nécessité quelconque, mais « une nécessité évidente d'une action » pas quelconque, « d'une action déterminée ». Quand il n'y a pas nécessité évidente d'une action déterminée, mettez vos outils dans votre poche et vos moyens héroïques à la porte ! N'allez pas tuer le malade et le faire mourir, quand il aurait peut-être guéri sans vous ! Voilà la loi ; c'est guidé par cette idée qu'Hippocrate a dit : *Medicus minister et interpres* : « Le médecin est le ministre et l'interprète de la nature ».

Ce que je vous dis là, ce ne sont pas *verba et voces* ; mais c'est une doctrine opposée à une médecine qui enseigne le contraire : Galien a dit : « *Il faut dompter la maladie.* » On a dompté la maladie ou jugulé la maladie, et qu'est-ce qu'on a fait ? On a jugulé le malade ! mais c'est là de l'histoire. Il y a des gens qui vont à l'Ambigu ou au théâtre de la Porte Saint-Martin pour voir des drames, cela n'est pas nécessaire ; prenez le livre de Maillot et

vous y trouverez des drames thérapeutiques. Maillot était élève de Broussais; il était médecin militaire en Algérie, au commencement de la conquête. La fièvre intermittente régnait encore plus qu'aujourd'hui. On apporte à l'hôpital un pauvre jeune homme, il a un accès pernicieux; toute la tradition depuis Torti lui crie : « Mais donnez-lui donc des fébrifuges, dépêchez-vous ! — Ah ! il a la langue rouge, il a un incendie dans le corps, il a la gastro-entérite : cent sangsues ; cinquante sur l'estomac, vingt-cinq sur les carotides, saignée d'une livre et demain nous verrons. » Le lendemain, le pauvre garçon n'était pas si enflammé ! On lui donne du sulfate de quinine ; deux heures après, le second accès vient, mais comme il faut au moins douze heures pour que le sulfate de quinine agisse, il meurt. Tournez le feuillet, et vous retrouvez la même histoire répétée nombre de fois.

Croyez-vous que je veuille dire que Maillot est un assassin ? Non, mais ces systèmes-là sont meurtriers : ce sont ces systèmes-là que j'attaque ; ces systèmes là sont des malédictions pour la médecine et pour les malades. Parbleu, il est bien sûr que Maillot était un honnête homme ; il faisait cela, parce qu'il croyait bien faire ; mais quand on vit que les malades mouraient toujours, on s'arrêta. Ce que je vous dis là, c'est écrit, je ne l'invente pas. Vous n'avez qu'à prendre le livre de Maillot.

Nous disons donc que le premier principe, c'est que l'organisme se guérit lui-même, le second : c'est que le rôle du médecin consiste à aider la nature. Avec quoi ? Avec des médicaments. Il faut maintenant connaître les médicaments.

Autrefois, nous n'avions, pour connaître l'action des

médicaments, que des sources bien infimes. Il y avait les légendes d'abord, puis la routine et puis la couleur, le goût, la forme du médicament. La doctrine des signatures qui était bien enfantine et qui tirait de la forme des médicaments la vertu curative a eu son moment de vogue. Il n'y a qu'une manière de connaître l'action des médicaments : c'était l'expérimentation sur l'homme sain. Gallen a eu cette idée ; mais il se bornait à faire tondre des médicaments dans l'huile et à les appliquer sur la peau du malade. Cette méthode enfantine n'a rien donné. Storck a expérimenté une douzaine de médicaments assez importants, mais il ne cherchait pas à étudier l'action du médicament, c'est-à-dire à voir les symptômes qu'il pouvait produire. Storck a essayé des médicaments pour savoir jusqu'à quelle dose on pouvait les donner sans danger.

Il faut arriver en 1796 pour trouver enfin la base de la matière médicale positive. A cette époque parut un petit livre intitulé : *D'un nouveau mode de connaître la propriété des médicaments*. C'est le premier livre de Hahnemann, et n'aurait-il écrit que ce livre, il mériterait d'avoir des statues, car c'est de ce jour-là que date la matière médicale expérimentale, aujourd'hui du domaine de tous. Il avait indiqué trois moyens pour étudier le médicament sur l'homme sain.

D'abord l'essai volontaire sur soi-même ou sur ses amis, mais jusqu'à certaine dose : on ne peut pas se suicider. La seconde source est tirée de l'étude des empoisonnements : c'est une source considérable ; puis vient l'étude des accidents causés par les professions insalubres. Nous y avons ajouté, depuis une cinquantaine d'années, des expériences sur les animaux, ce qui nous a permis de préciser les

symptômes et les lésions à toutes doses. C'est dans ces quatre techniques que nous avons pu instituer la matière médicale ; et aujourd'hui la matière médicale positive et expérimentale est encore un coup du domaine de tout le monde.

Nous avons donc la doctrine qui nous enseigne comment la maladie guérit, et nous avons le médicament pour la guérir. Reste une troisième chose : c'est d'avoir une règle qui nous guide, pour prescrire le médicament. Nous avons besoin d'une règle qui nous dise comment nous devons nous servir du médicament. Consultons encore Hippocrate, car c'est réellement le père de la médecine.

Hippocrate donne deux règles d'indication : le *Contraria contrariis*, et le *Similia similibus*.

Voyons d'abord le *Contraria contrariis*. Le *Contraria contrariis*, dit Hippocrate, s'adresse à la cause. Quand on peut connaître la cause, il est facile de soulager le malade, en détruisant la cause : « *Sublata causa, tollitur effectus* : on détruit la cause, et on enlève l'effet ». Voilà l'enseignement d'Hippocrate.

Eh bien, quand pouvez-vous saisir la cause ? D'abord en chirurgie et dans tous les traumatismes. Quand vous remettez un os déplacé, que vous liez une artère, que vous enlevez un corps étranger de la trachée, vous vous adressez à une cause, vous la supprimez, et vous guérissez.

Maintenant il y a une application beaucoup plus belle, due encore à Pasteur. Je voudrais pouvoir vous lire la page qui contient sa communication à l'Académie de médecine, page dans laquelle il expose ce qui engendrait tous les accidents chez les blessés. Eh bien, la cause, c'est le microbe, c'est le staphylocoque qui est sur la peau, sur les mains du chirurgien, sur ses instruments, dans

l'eau où il se lave, dans ses compresses. Stérilisez tout cela, faites un lavage complet de la région à opérer; ayez toujours vos mains trempées dans un liquide aseptique; alors vous possédez ce que nous appelons l'*asepsie chirurgicale*: et vous faites les opérations dans de telles conditions qu'il est impossible au microbe de s'introduire dans l'économie. Toutes les fois que ces précautions sont bien prises, l'opération est simple, sans suppuration et sans fièvre, sans aucune espèce de danger. Eh bien, je dis que l'application du *Contraria contrariis* dans ce cas-là est une chose magnifique.

Le *Contraria contrariis* peut encore s'appliquer et s'appliquer, en effet, d'une manière très avantageuse pour les malades, dans la prophylaxie des maladies infectieuses. L'isolement, la désinfection des vêtements, des logements, la purification de l'eau, toutes ces choses qui détruisent le microbe pathogène arrêtent les épidémies. Vous vous rappelez, au siècle dernier et avant, quand la peste venait à Marseille ou ailleurs, tout le monde était pris; c'était une calamité. Trois fois la peste est venue à Glasgow, et la maladie s'est limitée à quelques personnes; à Porto où on est peut être moins soigneux qu'en Angleterre, la peste s'est développée, mais encore l'épidémie a été limitée. Vous voyez qu'encore ici la loi du *Contraria contrariis* a sa place légitime et un avantage considérable. Dans ce cas, cette loi est légitime, pourquoi? Parce que la cause est connue et qu'on peut la détruire.

Enfin la loi des contraires s'applique encore à la médication palliative, celle qui détruit un symptôme, qui fait dormir ceux qui ne dorment pas, qui calme la douleur et détruit la constipation. Ici, on ne s'adresse pas à la

cause, mais au symptôme ; habituellement et d'une manière générale, dans la médication palliative, on donne le contraire du symptôme. Ici encore. c'est le *Contraria contrariis* qui s'applique.

« Mais quand on ne connaît pas la cause ? » dit Hippocrate. Je ne vais pas vous dire tout de suite ce qu'il a répondu ; mais je vais vous dire ce que répondent nos contemporains. Ils ne veulent pas abandonner le *Contraria contrariis*, cela leur est pénible ; ils ont un préjugé ; ils sont galénistes jusqu'aux moelles ; ils ne peuvent pas se convertir. Eh bien, quand on ne connaît pas la cause, on fait de la *thérapeutique pathogénique*. Et qu'est-ce que c'est que la thérapeutique pathogénique ? Cette thérapeutique consiste à connaître la cause prochaine et à la détruire : *Contraria contrariis*. Oui, mais on ne la connaît pas, cette cause prochaine. Eh bien que fait-on ? On l'invente cette cause, on fait une hypothèse, on arrange un système (*Rires*). Puis on marche dans cette voie, avec aisance. Il est vrai qu'on peut faire naufrage, mais on arrive quelquefois au port. Qu'est-ce qui fait naufrage ? C'est le malade.

Voici les propres paroles du professeur Bouchard :

« Pour que la thérapeutique pathogénique pût être appliquée, il faudrait que les causes, et surtout la cause prochaine de toute maladie fût connue. » Si on connaissait la cause prochaine ; on ne la connaît pas ; que faire ? « On imagine cette cause ; on se figure sa nature, on se fait une théorie plus ou moins vraisemblable, et de cette vue systématique on déduit avec aisance des indications thérapeutiques ». (*Nothnagel et Rossbach. Introd. p. xiii*).

La médecine pathogénique a été comprise autrement. La plupart des médecins, qui ne s'amuse pas à faire des

théories, ont dit plus simplement: « On détruit le microbe pathogène et quand il est détruit, la maladie est détruite ». Oui, quand on atteint le microbe avant qu'il n'entre dans l'organisme, mais quand il est entré, vous tuerez cinquante fois le malade avant de détruire le microbe !

Mais voici une autre opinion qui montre bien la difficulté qu'on a à faire accepter à certaines intelligences la vérité en thérapeutique. Ces médecins disent : « Les microbes pathogènes agissent par leurs sécrétions; ces sécrétions sont des *toxines*; on guérit la maladie avec la sérumthérapie. Eh bien, le sérum thérapeutique est une *antitoxine*. Donc une toxine est guérie par une *antitoxine* : *contraria contrariis*. Qu'allez-vous répondre à cela ? »

J'ai à dire à cela que *toxines* et *antitoxines* sont deux métaphores et qu'on ne raisonne pas avec des métaphores. D'abord les produits des microbes ne sont pas des *toxines* (c'est une métaphore, cela) : ce sont des produits qui engendrent des maladies, quand la disposition y est, tandis que les poisons, comme l'arsenic, l'atropine, la nicotine sont des substances qui font des lésions, qui tuent la cellule ou qui la blessent. Cela n'est pas la même action. Il y a quelque analogie, je veux bien, mais on ne peut pas dire que les produits des microbes sont des *toxines*. Ce sont des produits pathogènes.

D'après Bordet le mélange *in vitro* de *toxines* et d'*antitoxine* ne produit jamais une *neutralisation* absolue, mais une *atténuation* plus ou moins forte de la *toxine*, en sorte que l'inoculation de ce mélange peut être stérile chez un animal, produire chez un autre un œdème local, et la mort chez un troisième. Ces différences sont dues à l'influence d'un état pathologique antérieur ou à celle d'une espèce différente; mais il y a loin de cette action simplement

atténuante de l'antitoxine sur la toxine aux réactions si précises des combinaisons chimiques ; ce qu'explique Bordet en faisant remarquer « que la nature, la constitution moléculaire de ces substances est fort mystérieuse, et que leur composition même demeure inconnue. » (*Ann. Pasteur* t. XVII, p. 162.

Pourquoi ce nom d'antitoxine donné au sérum thérapeutique ? Uniquement pour répondre au système de la loi des contraires. Nous allons faire la démonstration de l'erreur contenue sous cette expression antitoxine.

Preuves chimiques. — On a mélangé en proportions convenables la sécrétion du microbe pathogène et le sérum thérapeutique, puis on a inoculé ce mélange à des animaux. Les résultats ont été contradictoires et il suffisait que l'animal inoculé eût été affaibli par une cause quelconque pour qu'il restât sensible à ce mélange de deux produits. Evidemment on ne pouvait pas voir dans ces faits l'expression de l'action chimique toujours régulière dans ses phénomènes.

Du reste il y a un mélange *in vitro* qui est absolument démonstratif. Si on mélange le venin d'un serpent et le sérum antivenimeux dans des proportions convenables, ce mélange devient inoffensif, mais si on le fait chauffer à 55° il récupère toute sa toxicité. Pourquoi cela ? Parce que le sérum se détruit à ce degré et que le venin subsiste seul. D'où la conclusion qu'il n'y a point combinaison chimique entre le liquide pathogène et le sérum thérapeutique, mais un simple accollement.

Preuves physiologiques. — Pour démontrer que la propriété thérapeutique des sérums ne tient pas à une antidote dissoute dans le sang de l'animal, on a fait l'expé-

rience suivante. Sur un animal immunisé et dont le sérum était devenu thérapeutique, on a, par des saignées successives, retiré tout le sang de cet animal, en ayant soin de le remplacer par le sang défibriné d'un animal sain de la même espèce ; ce liquide, entièrement renouvelé, jouissait des mêmes propriétés thérapeutiques que le sang ancien, parce que la propriété thérapeutique des sérums dépend d'un travail de la cellule organique et non d'un corps antidotaire, dissous dans le sang de l'animal immunisé.

Preuves cliniques. — Arloing a donné la véritable démonstration de l'action des sérums thérapeutiques et prouvé que cette action n'était point antidotaire. Ce savant a expérimenté comparativement sur l'animal sain, l'action du microbe pathogène de la diphtérie et celle du liquide de Roux. Ces deux produits ont donné sur la circulation, la respiration et la pression artificielle des effets absolument comparables, en sorte que Arloing conclut en ces termes :

« On ne peut donc comparer cette action à un antagonisme vrai ou faux, tel qu'on le comprend en thérapeutique générale : elle se rattacherait plutôt à l'action synergique (lisez homœopathique), des médicaments. »

Qu'est-ce qu'il faut donc faire, puisque la médecine pathogénique, en somme, n'est qu'une médecine d'hypothèse ? Voulez-vous traiter un malade par des hypothèses ; un malade qui pourrait guérir tout seul, et que vous ferez peut-être mourir ? Je trouve que vous n'en avez pas le droit. Si vous ne pouvez pas faire autre chose, faites de l'expectation, ou bien dites avec Hahnemann... je veux dire Hippocrate, je vous demande pardon, cela se ressemble quelquefois beaucoup : « Si on connaissait toujours la cause des maladies. » Mais « autre chose : la maladie

est produite par les semblables, et par les semblables qui l'ont faite, le patient revient de la maladie à la santé. Ainsi, ce qui produit la strangurie qui n'est pas, guérit la strangurie qui est : la toux, comme la strangurie, est causée et enlevée par la même chose : *les semblables guérissent les semblables* ».

— Mais c'est de l'homœopathie, cela ! — Eh ! peut-être avez-vous raison, mais ce sont les paroles d'Hippocrate.

Eh bien, si vous voulez m'écouter quelques minutes encore, (je vais tâcher de ne pas prolonger très longtemps la séance) je vous mènerai dans le laboratoire de Pasteur, et j'espère que, là, vous voudrez bien suivre mon raisonnement. Pasteur avait découvert l'agent du choléra des poules. Il avait non seulement isolé son microbe pathogène, il l'avait cultivé et, quand il voulait, il prenait sa culture, il inoculait une poule, il lui donnait la maladie. Un jour, il reste absent pendant trois semaines de son laboratoire. Il avait besoin d'une poule ayant le choléra des poules. Il lui inocule une vieille culture... La poule est malade, mais ne meurt pas. Alors, comme Pasteur était un homme de génie, il a eu comme le pressentiment d'une grande vérité. Alors il a inoculé cette poule avec un virus actif qui tuait toutes les poules ; la poule résiste, elle était vaccinée. Ainsi par cette technique, Pasteur, en se servant d'une culture vieillie, a immunisé sa poule, qui, ensuite, a résisté au virus qui devait la tuer. Il a donc découvert l'immunisation artificielle. De là découle la vaccination de la rage, la vaccination du tétanos, et enfin toute cette grande œuvre de Pasteur.

Regardons de sang-froid, sans préjugé et sans passion, tout ce qui ressort de cette expérience de Pasteur. 1° Pasteur guérit ou immunise par la même cause qui a produit

la maladie, le choléra des poules par le microbe pathogène du choléra des poules, le tétanos par le microbe du tétanos et la rage par la moelle rabique. Il applique donc le *similia similibus curantur* d'Hippocrate.

Mais ce n'est encore là que la moitié de la vérité. Quand il se sert d'un microbe pathogène ou d'un moelle rabique pour guérir, il a le soin de l'atténuer par le vieillissement, Pasteur applique donc l'atténuation des doses comme Hahnemann.

Similia similibus et atténuation des doses, c'est là toute l'homœopathie.

J'ajoute que ces deux faits constituent la seule thérapeutique applicable aux maladies de cause interne, c'est-à-dire à l'immense majorité des maladies. Sans l'homœopathie, les médecins seraient réduits à faire de l'expectation puisque nous avons démontré que la thérapeutique pathogénique n'était qu'hypothèse et imagination.

Si vous voulez, je terminerai par ce mot : ayons horreur de l'esprit de secte. Pour moi, j'ai horreur du sectaire qui, comme Broussais, a fait des générations de médecins homicides; j'ai horreur du sectaire qui, devant l'impuissance de la formule : *Contraria contrariis*, ne veut pas en accepter une autre; comme j'ai aussi horreur, quand cela se rencontre, du sectaire qui s'enferme dans le *Similia similibus*, et qui ne veut pas entendre parler des bienfaits de l'asepsie chirurgicale et des autres bienfaits dus au *Contraria contrariis*. (Longue salve d'applaudissements).

D' P. JOUSSET.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

OBSERVATION I. — *Fièvre typhoïde, forme ataxique. Symptômes de méningite. Muriatis acidum, Belladone. Stramonium. Arsenicum, Opium. Mort le 13^e jour.*

Isidore X..., entre à l'hôpital Saint-Jacques le 28 avril. Il était arrivé en fiacre, marchant très facilement pour gagner sa chambre. Depuis le 26, il avait la fièvre avec violents maux de tête et l'on songeait à une fièvre typhoïde.

Le jour de son entrée, 3^e jour, le malade a 39°,6 de température et son pouls bat à 112.

Il ne présente pas, à ce moment, l'aspect stupide du typhique, répond très bien aux questions qu'on lui pose, et se plaint seulement de maux de tête. La pupille est dilatée. Le malade a de la diarrhée. Trois selles par jour.

Le 29. Le malade est dans le même état que la veille. Les idées très lucides, la langue sèche, les pupilles dilatées. L'examen du corps fait découvrir quelques taches caractéristique de la typhoïde. La diarrhée continue. On donne, Muriatis acidum (3°) pour le jour et une potion de belladone (3°) pour la nuit.

Température 39°,8. Pouls 112. Matin.

— 40°,6. Pouls 124. Soir.

Le 30. 5^e jour de la maladie, le malade se plaint d'avoir passé une mauvaise nuit. Il souffre de la tête. La diarrhée a diminué, on donne : Arsen. alb (3° titr.) 0,20.

Température, 39°,5. Pouls, 120. Matin.

— 39°,9. Pouls, 127. Soir.

Le 1^{er} mai, 6^e jour. — Le malade a eu du délire. Il voulait se lever. Quand on l'interroge, il déclare qu'il va bien. Il a pris l'aspect stupide, parle peu. La langue est très sèche. Le ventre est très légèrement ballonné. La pupille est dilatée. On continue l'arsenic.

Température, 39°,4. Pouls 124. Matin.

— 39°,9. Pouls 136. Soir.

Le 2, 7^e jour. — On trouve le malade couché sur le côté. Il a déliré encore, ne se trouve pas malade. Cependant l'état général a empiré. La langue est extrêmement sèche au point d'interdire presque toute parole. Les pupilles toujours dilatées. Le menton est agité d'un tremblement très léger. Pendant la nuit le malade a eu une miction involontaire dans son lit. On ordonne Arsen. (3^e) et Belladone (3^e) V gouttes.

Température, 39°,4. Pouls, 124. Matin.

— 39°,9. Pouls, 140. Soir.

Le 3. 8^e jour. — La fièvre tombe le matin à 38°,5. Le pouls 124; le soir elle remonte à 39°. Pouls 130. Les symptômes de la veille se retrouvent.

Le 4, 9^e jour. — Le malade a des phénomènes de méningite, raideur de la nuque. Pupilles dilatées. Tremblement du menton, des mains. Divagation. Grande difficulté de parler. Il persiste à se trouver bien. Il n'y a ni vomissements, ni constipation. Le malade satisfait sans s'en apercevoir tous ses besoins dans son lit. Même traitement.

Température, 39°. Pouls 116. Matin.

— 39°,3. Pouls 140. Soir.

Le 5. 10^e jour. Le tremblement est plus accentué. Les pupilles sont contractées. La raideur de la nuque plus considérable. Le malade interrogé répond difficilement qu'il va bien. On continue Arsen. (3^e trit.) et stramonium (3^e) V gouttes.

Température, 39°. Pouls, 124. Matin.

— 39°,2. Pouls. 148. Soir.

Le 6, 11° jour. Mêmes symptômes que la veille On note un ballonnement du ventre bien plus marqué Le malade continue à dire qu'il va bien. Il commence à avoir de la carphologie. Il n'a pas conscience des saletés qu'il fait dans son lit.

Température, 39°,2. Pouls, 124.

— 39°,4. Pouls. 120.

Le 7, 12° jour. — Le malade ne parle presque plus. Le tremblement et la carphologie se sont accentués. Il est couché sur le dos dans un état de raideur difficile à vaincre. La langue est sèche, le ventre très ballonné. On donne Arsen. et Opium (3° trit.) 0,20.

Température, 38°,6. Pouls, 116.

— 39°,6. Pouls, 126.

Le 8. — Le malade meurt dans la soirée. Depuis la veille il ne parlait plus. Quelques heures avant sa mort sa température était 39°,3.

RÉFLEXIONS. — En résumé, un homme d'une constitution robuste, dans la force de l'âge, 35 ans, pris au milieu de la santé d'une fièvre typhoïde, a succombé le treizième jour, malgré le traitement qui nous a donné de si fréquents succès, puisque la mortalité de la fièvre typhoïde varie dans notre hôpital de 6 à 8 p. 100. J'ajoute que cet insuccès a été prévu dès les premiers jours de l'entrée du malade à l'hôpital, et que j'ai pu asseoir cette prévision sur des signes qui trompent rarement et sur lesquels nous allons maintenant revenir, car il ne faut point oublier qu'au point de vue de la responsabilité médicale, le pronostic joue un rôle considérable.

Pourquoi dès le 2^e jour de l'entrée de ce malade à l'hôpital, le 5^e de sa maladie, avons-nous annoncé aux élèves que le cas était extrêmement grave et se terminerait probablement par la mort?

La température n'avait rien d'exagéré; si le 4^e jour au soir elle a atteint 40°.5, dès le lendemain elle est retombée à 39°.6, a décru successivement, de manière que le 8^e jour elle atteignait le matin 38°.5, pour rester aux environs de 39° jusqu'au moment de la mort. On ne pouvait donc invoquer d'hyperthermie pour justifier le pronostic sévère que nous avons porté et qui s'est malheureusement réalisé.

Nous avons établi notre pronostic sur deux éléments : 1° le défaut de concordance entre les symptômes; 2° l'intensité et la nature des symptômes cérébraux.

1° *Défaut de concordance des symptômes.* — Le malade n'avait point une notion exacte de son état; constamment et jusqu'à la veille de sa mort, il nous a affirmé qu'il allait mieux. Si, dans les derniers jours de sa vie, il gardait le décubitus dorsal avec la raideur habituelle aux infections des méninges, les premiers jours, il se couchait sur les côtés, ce qu'on ne rencontre dans la fièvre typhoïde que chez les délirants ou les convalescents. Enfin, il n'est pas jusqu'à la température qui, dans le cours du second septénaire, restait aux environs de 39°, alors que tous les symptômes annonçaient un danger excessif et prochain.

2° *Intensité et nature des symptômes cérébraux.* — Au lieu de cette sorte de divagation accompagnée de somnolence et qui a reçu le nom de typhomanie parce qu'elle se rencontre surtout dans la fièvre typhoïde, notre malade présenta, dès le début, des signes évidents de méningite :

raideur de la nuque, tête renversée en arrière, tremblement de la langue, difficulté de la parole, tremblement des mains qui s'accroît chaque jour et se compliqua de carphologie. Selles et urines involontaires. Le délire est surtout caractérisé par l'absence de conscience ; ainsi le malade nie énergiquement que c'est lui qui a mouillé son lit. La pupille, dilatée au commencement, s'est contractée dans les derniers jours de la vie. Ajoutons que le malade n'a jamais présenté le signe de Kernig.

Malgré l'intensité et le caractère de symptôme cérébraux, on ne peut conserver aucun doute sur le diagnostic. Le malade présentait bien les symptômes de la méningite, mais cette méningite était survenue dans le cours de la fièvre typhoïde comme le démontraient la marche de la maladie, les taches lenticulaires, la diarrhée involontaire et le ballonnement du ventre.

La thérapeutique est demeurée impuissante ; d'autres médicaments et d'autres médications auraient-ils réussi ?

Dans tous les cas, on ne pouvait songer aux bains froids avec une température aussi peu élevée. Le collargol aurait-il fait mieux que les autres médicaments ? Nous l'avons prescrit le dernier jour, évidemment trop tard pour pouvoir le juger.

Rappelons, à ce propos, que nous l'avons prescrit par la voie stomacale parce que nos expériences sur les animaux nous ont démontré que l'action du collargol était beaucoup plus énergique par cette voie qu'en injections sous-cutanées et même en injections veineuses.

OBSERVATION II. — *Fièvre typhoïde forme prolongée.*

La nommée Germaine X..., âgée de 22 ans, entrée le 28 avril 1903, chambre n° 13.

Antécédents. — Rougeole dans son enfance.

Rhumatisme articulaire aigu, 3 attaques, à 5 ans, 16 ans et 20 ans. Depuis la dernière attaque, la malade ne peut courir ni monter les escaliers sans être essoufflée.

Début. — Le 16 avril, elle est prise d'un violent mal de tête. Les jours suivants, la céphalée continue et avec de la fatigue, de l'inappétence, de l'anoréxie, quelques épistaxis ; la diarrhée apparaît. La malade garde le lit depuis le 18 avril ; elle entre le 28 à l'hôpital Saint-Jacques dans un état de prostration assez grand ; le 13^e jour de la maladie, tous les symptômes du début sont aggravés.

14^e jour. — Le 29, à l'examen, on constate la présence sur le ventre de taches rosées, disparaissant à la pression. La palpation du ventre est légèrement douloureuse et laisse percevoir du gargouillement dans la fosse iliaque droite. La malade est abattue ; la langue est saburrale, recouverte d'un enduit blanchâtre, laissant sur les bords un bourrelet rouge et sec ; la diarrhée est abondante. Le pouls est à 96.

La température est de 39°6 le matin et de 40° le soir.

On donne Bryone (T. M.) X gouttes.

A l'auscultation, on trouve au cœur un souffle à la pointe au 1^{er} temps, souffle d'insuffisance mitrale d'origine rhumatismale. Aux poumons, quelques râles sibilants.

30. — T. matin 38°8. Pouls 100. On donne Arsenicum (3^e trit.) 0,20. T. le soir, 39°6.

1^{er} mai. — Pas de changement. T. matin, 39°4. Pouls 92. On donne Arsenicum (3^e trit.) 0,20. T. le soir, 40°.

La malade le soir se plaint de douleurs violentes dans la région sacrée. Elle présente, en effet, à cet endroit, une rougeur violacée diffuse, très douloureuse à la pression ;

on ordonne des compresses chaudes, qui diminuent un peu la douleur.

17^e jour. 2 mai. — La malade se plaint surtout de la fesse du côté droit, la rougeur est plus localisée et la douleur très vive.

T. matin, 38°9. Pouls 104. On donne Lachesis (6) contre son escharre et sulfate de quinine 1 gramme contre la température.

T. soir, 38°6.

3. — La partie qui tend à s'éliminer diminue de grandeur, mais prend une couleur noirâtre ou violacée. Les jours suivants, le travail d'élimination diminue et aboutit à la formation d'une plaie sanguinolente, ovale, d'environ 10 centimètres. On continue à donner à l'intérieur Lachesis (6) jusqu'au 16 mai, et on panse la plaie avec de la poudre de quinquina. Pendant ce temps, les symptômes que présentaient la malade à son arrivée se sont légèrement amendés. L'état général persiste à être très mauvais, ne s'améliorant pas en même temps que les autres symptômes. La malade a beaucoup maigri et en arrive presque à la cachexie.

T. matin, 38°3. Pouls 92. T. soir, 39°6.

4. — T. matin, 39°3. Pouls, 100. T. soir, 39°9.

20^e jour. 5. — T. matin, 38°4. Pouls 100. On donne sulfate de quinine, 1 gr. T. soir, 38°6.

6. — T. matin, 37°9. Pouls, 76. T. soir, 39°2.

7. — T. matin, 38°2. On donne sulfate de quinine, 1 gr. T. soir, 38°8.

8. T. matin, 38°. On donne sulfate de quinine, 0 gr. 50. T. soir, 38°9.

24^e jour. 9. — T. matin, 37°8. On donne sulfate de quinine 1 gr. T. soir, 38°9.

10. — T. matin, 37°8. On donne Antipyrine (1^{re} trit.), 0,25. T. soir, 39°1.

11. — T. matin, 39°. On donne sulfate de quinine, 1 gr. T. soir, 39°6.

12. — T. matin, 37°6. On donne sulfate de quinine, 1 gr. T. soir, 38°2.

13. — T. matin, 37°; soir, 37°7.

14. — T. matin, 37°2; soir, 39°5.

30^e jour. 15. — T. matin, 38°3. On donne sulfate de quinine, 1 gr. T. soir, 38°3.

16. — T. matin, 38°6.

La malade est très abattue, somnolente, et présente un état général très grave, et non en rapport avec le pouls, qui se maintient bon et normal. On donne pour son cœur : Cactus (6) et Ignatia (6). T. soir, 38°6.

17. — T. matin, 38°. On continue le traitement. T. soir, 39°

18. — T. matin, 38°.

La malade depuis quelques jours, se plaint de tousser beaucoup, mais jusqu'à ce jour l'auscultation n'avait rien révélé d'anormal. Le 18, on trouve à la percussion en arrière, à la base droite, de la submatité et à l'auscultation une différence dans le rythme respiratoire, de la rudesse de la respiration et des crépitements fins. On donne Phosphorus (6). T. soir, 39°9.

34^e jour. 19. — T. matin, 37°6. On continue le traitement. T. soir, 38°4.

20. — T. matin, 37°9. La malade a passé une mauvaise nuit, à délirer; son délire est calme et ressemble à une rêverie, énoncée à voix haute.

A l'auscultation on trouve toujours de la rudesse de la respiration sans cependant pouvoir dire qu'il y a du souff-

fle, et des râles sous-crépitaux. On donne Phosphor. (6) et Belladone (6). T. soir, 38°1.

21. — Nuit calme, sans délire. T. matin, 40°3. Pouls 116. Malgré la température, l'état général, qui s'est beaucoup amélioré depuis quelque temps, reste bon. La malade ne se plaint de rien. On donne Ipéca (6) et Bryone (6). T. soir, 39°6.

22. — T. matin, 37°6.

La malade tousse un peu moins; elle se trouve bien; l'état général est satisfaisant, mais la cachexie s'accroît. L'escarre ne se modifie nullement, reste aussi grande et sanguinolente. On la panse avec : Arsenicum (1^{re} trit.), 0,50; amidon, 50 gr., puis on donne Ipéca (6) Bryone (6), ainsi que les 23, 24, 25, 26, 27 et 28. Pendant ce temps, les symptômes pulmonaires s'amendent; les râles disparaissent et la respiration devient normale.

23. — T. 22 soir, 35°; matin, 37°; soir, 39°.

24. — T. matin, 38°. On donne sulfate de quinine, 2 gr. T. soir, 38°6.

25. T. matin, 37°. On donne sulfate de quinine, 1 gr. T. soir, 38°1.

40^e jour. 26. — T. matin, 37°8; soir, 38°, sulfate de quinine, 0,50.

27. — T. matin, 38°6; soir, 38°.

28. — T. matin, 36°6; soir, 38°.

29. — T. matin, 36°8. On donne Arsenicum (6). T. soir, 38°3.

44^e jour. 30. — T. matin, 37°. On continue Arsenicum (6). T. soir, 39°1.

31. — T. matin, 36°1. On continue Arsenicum (6). T. soir, 38°.

Juin 1^{er}. — T. matin, 36°7. On donne China (T. M.) XX gouttes le 1, 2, 3. T. soir, 37°.

2. — T. matin, 37°3; soir, 38°3.

3. — T. matin, 38°1; soir, 39°8.

4. — T. matin, 38°7; soir, 40°. On donne Arsenicum (6).

50^e jour. 5. — La malade a été prise d'un violent saignement de nez dans la journée du 4. La diarrhée l'a reprise. Pas de modification du côté de l'escharre. La malade est très faible. T. matin, 39°. On donne sulfate de quinine, 1 gr. et Lachesis (6). T. soir, 39°5.

6. — T. matin, 38°6. On donne sulfate de quinine, 1 gr. et Phosph. (6). T. soir, 38°7.

7. — T. matin, 38°6. On donne 7 et 8, Lachesis (6). T. soir, 39°3.

8. — T. matin, 38°; soir, 40°.

54^e jour. 9. — T. matin, 38°8. On donne Phosphor. (6) et Bryone (6). T. soir, 39°8.

10. — T. matin, 39°8. On donne collargol 4 pilules de 0,01, puis on continue Phosphorus et Bryone. T. soir, 38°8.

11. — T. matin, 38°5. Le collargol a donné à la malade une diarrhée abondante; pour cela on donne Ipéca, (1^{re} déc.) 0,25 et 2 pilules de Collargol seulement. T. soir, 38°1.

12. — T. matin, 38°4. Diarrhée moins abondante. On continue Ipéca et on donne 2 pilules de collargol. T. soir, 38°3.

13. — T. matin, 38°. On donne veratrum alb., contre la diarrhée, qui cesse dans la journée. T. soir, 38°2.

14. — T. matin, 37°; soir, 37°2.

60^e jour. — A partir de ce jour, l'apyrexie se main-

tient; on donne 2 pilules les 14 et 15, puis une seule le 16, 17, 18. La température reste inférieure à 37°, variant entre 36° et 37°.

L'état général devient meilleur.

La malade demande à manger, a un appétit féroce; elle entre en convalescence.

L'escharre est traitée depuis quelques jours à l'eau oxygénée et aux pansements à l'eau bouillie; le travail de cicatrisation commence et marche avec rapidité.

La malade quitte l'hôpital guérie.

RÉFLEXIONS. — En résumé, cette malade nous a présenté un cas de ces fièvres typhoïdes extrêmement graves à forme prolongée; la durée totale de la maladie a été effectivement de soixante jours.

Entrée à l'hôpital au quatorzième jour de sa maladie, elle présentait un état fort grave, la température atteignant 40 le soir, grande prostration, développement à la région fessière d'une escharre prématurée.

Cette gangrène qui fut très étendue et très profonde, n'avait pas le caractère des escharres dites de décubitus qui surviennent d'ordinaire à une époque plus avancée de la maladie et occupent toujours cette partie de la peau qui recouvre le sacrum. Chez notre malade, le travail gangréneux a commencé dans le cours du second septenaire et siégeait sur la fesse, en dedans du grand trochanter et en avant de l'ischion, dans une région où, d'ordinaire, ne se présente pas ce genre de lésion et où la pression du corps ne suffit pas pour expliquer la formation d'une gangrène. C'était donc là un symptôme très grave.

Une bronchite double avec des points disséminés d'hé-

patisation a évolué tout le temps de la maladie avec des différences d'intensité.

Le mouvement fébrile a été irrégulier ; après avoir subi une rémission peu importante (38°,2) le 17° jour, il tomba au-dessous de 38°, le 20° jour, pour se maintenir pendant près d'une semaine entre 37,8 et 38,8. Nouvelle ascension le 26° jour (39,5), puis apyrexie le 28° jour.

L'apyrexie ne dura que quarante-huit heures, puis les jours suivants, la température se maintient entre 38 et 39, avec des élévations irrégulières atteignant 39°, 40°, 40°,2 le 36° jour.

A partir de ce moment, se produisit une nouvelle rémission pendant laquelle la température oscillait, 37 le matin, 38 le soir. Cet état relativement meilleur persista jusqu'au 47° jour, où la température s'éleva de nouveau jusqu'à 40, s'y maintint avec quelques oscillations jusqu'au 56° jour. A ce moment la température, se maintint à 38,2 le matin comme le soir ; enfin, le 60° jour, l'apyrexie s'établit d'une manière définitive.

Il y a donc eu chez cette malade deux rémissions marquées, la première du 20° jour au 25° ; la seconde, plus longue, s'est étendue du 38° jour au 48°. En sorte qu'on pourrait soutenir qu'il s'est agi ici d'un cas de fièvre typhoïde à rechute, si commune depuis vingt-cinq ans, ayant présenté une fièvre typhoïde à trois rechutes.

Telle n'est pas notre manière de voir, par deux raisons : la première, c'est que jamais la rémission n'a été complète comme dans la fièvre typhoïde à rechute ; chez notre malade la température oscillait entre 37 le matin et 38 le soir, avec de temps à autre de grandes échappées à 39,5 et même 40,3. Ce n'est pas là l'allure de la fièvre typhoïde à rechute. J'ajoute qu'il faut tenir compte du traitement

et chez cette malade le sulfate de quinine, aux doses de 0 gr. 50 à 1 gramme par jour, a été administré contre la rémittence du mouvement fébrile et a contribué à imprimer à cette fièvre typhoïde cette marche particulière.

Nous maintenons dans notre diagnostic de fièvre typhoïde à forme prolongée.

Quand s'est produite la dernière aggravation du 50^e jour et quand nous avons eu constaté l'impuissance du sulfate de quinine à haute dose, nous avons administré le collargol à la dose de 4 pilules de 1 centigramme chacune. Une diarrhée, atteignant 10 selles dans les vingt-quatre heures, ayant suivi la prise de ce médicament, nous avons réduit la dose à deux pilules seulement et nous avons prescrit en même temps, ipéca (1^{re} trit. déc.) 0,25; dès lors le médicament a été bien supporté. La malade a accusé un sentiment de bien-être, et la température, qui était à 39,9, quand le médicament a été commencé, tomba le lendemain à 38,5, puis 38,2 pendant deux jours et enfin le 5^e jour du collargol est tombée subitement et d'une manière définitive.

On peut objecter ici que l'apyrexie est survenue le 60^e jour et que cette date est un terme pour la fièvre typhoïde. On peut objecter encore que, quand j'ai prescrit le collargol, la température avait déjà une tendance à baisser. A quoi on pourrait répondre qu'il y a des exemples de fièvre typhoïde qui durent plus de soixante jours et que deux fois déjà chez cette malade, le mouvement fébrile avait présenté une rémission et que celle-ci n'avait pas été durable.

Je ferai remarquer encore l'action énergique du collargol administré à toute petite dose par la voie stomacale et la facilité avec laquelle il produit la diarrhée.

D^r P. JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE

LA DYNAMISATION DES VENINS DES SERPENTS

par le D^r BAURITTEL de Catane.

(*Leipziger populære Zeitschrift für Homœopathie* mai 1903).

Jusqu'ici, les ophiotoxiques, beaucoup trop rarement employés, étaient dynamisés de la façon suivante :

Les venins liquides de *Crotalus* (*Cascavella* et *Durissus*), *Elaps corallinus*, *Lachesis trigonocephalus*, *Naja tripudians*, *Vipera* (*Berus* et *Redii*), nous donnaient la 1^{re} trituration par 1 goutte de venin pour 99 grains de sucre de lait; la 2^e trituration par 1 partie de la 1^{re} pour 99 de sucre de lait; la 3^e trituration par 1 partie de la 2^e pour 99 de sucre de lait. La 4^e atténuation s'obtenait par 1 grain de la 3^e trituration, dans 50 gouttes d'eau distillée, mélange auquel on ajoutait ensuite 50 gouttes d'alcool à 90°. Avec cette solution on préparait les 5^e et 6^e atténuations, dans la proportion de 1 pour 99 d'alcool à 90°, la 6^e centésimale = 12^e décimale étant l'atténuation généralement employée pour l'usage médicinal. De cette 12^e décimale, atténuation la plus basse employée d'habitude, on montait, en général, jusqu'à la 30^e décimale = 15 centésimale, en sorte que le pharmacien ne délivrait une potion médicinale qu'à l'état liquide, alors même que, d'après une méthode moins usitée, la dynamisation ne se faisait, dès le début, qu'au moyen d'alcool à 66°.

Si, aujourd'hui, je considère comme absolument indispensable, un changement à apporter dans la préparation, cela tient aux raisons suivantes :

1) L'expérience pratique ainsi que les expérimentations faites dans ce domaine, nous montrent que l'alcool est un des ennemis les plus directs des venins des serpents ; tout au moins, d'une manière unanime, administre-t-on, en cas de morsure, l'alcool jusqu'à ivresse complète.

Par contre, les opinions relativement à cette addition directe d'alcool au venin-médicament sont très diverses. Les uns prétendent que cette addition d'alcool n'est en aucune façon nuisible. Les autres soutiennent que l'alcool n'entrave l'action du médicament, qu'autant qu'il s'agit d'alcool trop concentré. D'autres, enfin, assurent que l'alcool n'atténue que partiellement l'action efficace du médicament. Je ne veux, ici, prononcer aucun jugement prématuré. Quiconque veut avec moi examiner les autres points de vue, arrivera à un résultat certain. Toutefois il est établi que la base d'opération était incertaine, et, par conséquent, on aurait dû, d'ores et déjà, s'appliquer à la recherche d'un autre mode de préparation.

2) D'autre part, les expériences, soit populaires, soit des naturalistes, soit des médecins, soit des chimistes, ont démontré que le venin de serpent, à l'état sec, peut être conservé pendant plusieurs dizaines d'années, sans rien perdre de son efficacité. Pourquoi donc ne pas préférer la dynamisation sèche à la préparation, tout au moins incertaine, par l'alcool ?

3) La majorité des médecins homœopathes se plaint, plus ou moins, de l'incertitude des ophiotoxiques, et si nous allons méticuleusement jusqu'au fond des choses, nous trouvons que les symptômes, là où *Lachesis* a agi sur le malade, sont beaucoup plus restreints que les symptômes chez l'homme sain mordu (par conséquent avec une dose plus grande). Comment expliquer ce fait ? Les impuretés

dans un poison dynamisé jusqu'à la 12^e décimale, peuvent à peine être mises en ligne de compte. D'ailleurs les sources auxquelles on a puisé ces poisons sont tellement rares, qu'il faut cependant admettre que des poisons ayant montré leur action par des symptômes isolés ont la même origine.

Dès lors qu'il est prouvé qu'il existe une efficacité *partielle*, l'inefficacité, dans d'autres cas, ne peut être attribuée qu'à un choix erroné du médicament ou à une préparation défectueuse. Et comme ces poisons ne sont employés que par des homœopathes éprouvés, alors que d'autres osent à peine s'en servir, il ne subsiste finalement que la dernière raison, pour laquelle nous devons nous transporter

4) sur le domaine exclusivement scientifique. Le venin de serpent n'est pas un corps simple ; il se compose d'éléments peptoniques, globuliniques et *sérum albuminiques*, de fait donc, de tous *éléments insolubles dans l'alcool*, voire même d'éléments que, dans d'autres solutions, l'alcool précipité.

Le lecteur clairvoyant m'objectera sans doute immédiatement que, de la sorte, toutes ces dynamisations préparées par l'alcool, et qui ne sont usitées qu'aux atténuations élevées, devraient être inefficaces. Il n'en est, cependant, pas ainsi car,

5° Tous les ophiotoxiques contiennent un élément alcaloïdique qui peut être séparé par une courte ébullition, tout en conservant encore beaucoup de propriétés toxiques. (Fait exception le venin du *Daboia* appartenant aux vipéridées (spécialement indigène dans l'Inde), venin qui à 60 degrés, perd déjà toute efficacité, alors que, selon Brehm. des hommes mordus profondément ou

superficiellement en perdent toujours la vie). Cet alcaloïde est donc soluble dans l'alcool et nous explique complètement comment les symptômes notés sous le chiffre 3 ne sont couverts que *partiellement*, parce qu'en effet, nous n'avons plus affaire qu'à un venin partiel et non total. En outre, il est ainsi prouvé que ceux-là ont raison qui sous le chiffre 1, *attribuent à l'alcool un affaiblissement de l'action par suite de son addition directe au venin*. (En ce qui concerne l'ivresse thérapeutiquement provoquée chez les sujets mordus, je croirais plutôt que son avantage réside dans l'action sur les nerfs et sur le cœur, attendu que cette ivresse, dans ces cas, doit aider à surmonter ou à prévenir la crise et le collapsus. Si, malgré cela, j'ai fait certaines remarques sous le numéro 1, je les ai faites plutôt à un point de vue statistique; les numéros 2, 4, et 5, n'ont besoin ni du numéro 1, ni du numéro 3).

Nous en arrivons ainsi à cette conclusion générale irréfutable : les venins des serpents ne sont que très partiellement solubles dans l'alcool, et par conséquent les dynamisations par l'alcool sont limitées dans leur efficacité et leurs symptômes. Et comme, par contre, la *préparation sèche* n'enlève rien à la vertu de ces médicaments, et que, d'autre part, il n'y a aucune raison pour qu'une *dynamisation sèche* puisse, d'une façon quelconque, être nuisible, elle doit être *préférée aux préparations employées jusqu'ici, même aux dilutions centésimales élevées*, attendu que *par la seule dynamisation à sec, il est possible d'obtenir un médicament qui couvre tous les symptômes et toutes les actions constatés chez l'homme sain*. Je recommande donc aux médecins d'indiquer dans leurs ordonnances, non seulement l'atténuation décimale ou centésimale, mais d'ajouter explicitement *trituration*. Et comme le venin du serpent absorbé

par l'estomac ne provoque (à doses fortes) des symptômes toxiques qu'autant qu'il a été introduit dans l'estomac *vide*, on aura soin de prendre ce fait en considération, en faisant prendre le matin de bonne heure, la dose unique quotidienne.

Il ne reste plus qu'à examiner un seul point qui militerait en faveur de la dynamisation liquide. Certains médecins ont la conviction que l'intoxication étant produite chez l'homme sain, par l'introduction hypodermique du venin, ce procédé devait être thérapeutiquement imité. Il y a beaucoup de raisons en faveur de cette opinion. Et ici encore, il est facile d'obvier à l'inconvénient ; il n'y a qu'à mélanger, immédiatement avant l'injection, avec de l'eau distillée (dans laquelle elle est tenue en suspension) la dose injectable. Mais quiconque était habitué à prescrire, par exemple, une première centésimale, devra, avec la nouvelle préparation, recourir à une atténuation plus élevée ou à une dose moindre, attendu qu'il aura affaire à une préparation notablement plus active.

P. SIEFFERT.

ÉTIOLOGIE

CONTAGION DE LA PHTISIE

M. Gouget, professeur agrégé, a, dans sa leçon d'ouverture du cours de pathologie interne à la Faculté, traité de *l'appareil respiratoire et de l'infection* (*Presse Médicale*, 29 novembre 1902).

Dans cette leçon, M. Gouget a traité des défenses de l'organisme contre l'infection, et il a terminé en appli-

quant à la thérapeutique et la prophylaxie les théories exposées dans la première partie de sa leçon. M. Gouget a défendu un certain nombre de principes, qui appartiennent à notre doctrine, et nous recueillons avec empressement toutes ces adhésions, qui préparent le triomphe plus ou moins éloigné encore des vérités pathologiques que nous défendons.

La partie de la leçon de M. Gouget, qui traite de la défense de l'organisme contre les microbes, est très complète, quoiqu'elle ne contienne rien de bien nouveau. Ce sont les fosses nasales et le pharynx, portiers fidèles et intelligents des voies respiratoires, qui retiennent le plus grand nombre de microbes pathogènes. Là ces microbes, quand ils ne sont pas rejetés au dehors, sont détruits par la propriété bactéricide des mucus, et surtout par l'action des microbes saprophytes, qui peuplent ces régions. La disposition flexueuse des canaux bronchiques, la diminution progressive de leur calibre, arrête de plus en plus le passage des microbes. En sorte que beaucoup d'auteurs ont avancé que les vésicules pulmonaires étaient complètement aseptiques. Cependant des recherches plus récentes ont démontré dans les profondeurs du poumon l'existence des pneumocoques, des streptocoques, des bacilles tuberculeux et d'autres microbes pathogènes. Arrivés à l'extrémité des bronchioles et dans les vésicules, les microbes trouvent encore des ennemis qui exercent à leur égard une phagocytose plus ou moins complète. Enfin ceux qui arrivent dans les espaces lymphatiques sont entraînés jusque dans les ganglions bronchiques.

Mais quand le microbe pathogène a triomphé de tous ces obstacles, il faut encore, pour qu'il développe la maladie, qu'il rencontre le concours de la *prédisposition de l'orga-*

nisme. « Cette doctrine, ajoute M. Gouget, a été exposée par le professeur Jaccoud, dans des pages d'une admirable vigueur démonstrative ».

Que M. Gouget, tout absorbé dans la lecture des bactériologistes contemporains, n'ait jamais lu la Pathologie générale de Jean-Paul Tessier, mort médecin des hôpitaux en 1862, cela se comprend ; mais que le professeur Jaccoud ose bien enseigner comme siennes des doctrines que son maître Jean-Paul Tessier lui a enseignées quand il était son interne en 1856, c'est un procédé scientifique, qui n'a qu'un nom, mais, ce nom, nous ne l'écrirons pas.

Dès 1845, Jean-Paul Tessier enseignait en étiologie que chaque animal est malade suivant son espèce, et que dans chaque espèce chaque individu pâtit suivant sa nature, et il formulait cette loi en ces termes : « La cause efficiente de la maladie est la *prédisposition définie* que possède chaque organisme à contracter des espèces déterminées de maladies ».

Cette grande loi d'étiologie, longtemps contestée (malgré les pages admirables de M. Jaccoud), est maintenant acceptée par tous, et mise hors de discussion par les travaux de laboratoire, qui ont surabondamment démontré que le microbe pathogène le plus énergique était obligé de compter avec l'immunité naturelle, et comme M. Gouget lui-même le professait, que le microbe pathogène de la tuberculose n'était qu'une *cause seconde*.

Nous voulons relever une erreur de M. Gouget. Cet auteur affirme que les crachats des phtisiques, même desséchés, conservent leur virulence pendant très longtemps. Or, d'expériences continuées pendant près de deux ans, il résulte que quarante-huit heures d'exposition à

la lumière, même diffuse, suffit à stériliser non seulement les cultures pures de bacilles de Koch, mais encore les crachats des phtisiques (Communication à la Société de biologie).

M. Gouget, appliquant des principes qu'il a exposés sur le mode de l'infection des voies respiratoires à la prophylaxie et au traitement de la tuberculose, conclut, comme nous l'avons fait depuis longtemps, que le traitement antiseptique n'est qu'un leurre et que la prophylaxie de la tuberculose consisterait bien plus dans le relèvement de l'organisme que dans de pareilles mesures dirigées contre la contagion.

Voici comment s'exprime M. Gouget à propos de la thérapeutique aseptique : « Plutôt que de poursuivre un but chimérique, la destruction artificielle de microbes, nous devons donc avant tout seconder l'organisme dans les efforts qu'il fait pour triompher de lui et, pour cela, nous attacher à renforcer ses défenses naturelles. » (page 1147).

A propos de la prophylaxie, après avoir jeté quelques fleurs sur les moyens illusoires la plupart du temps préconisés contre la contagion, il ajoute :

« Aussi les mesures les plus importantes, en matière de prophylaxie comme en matière de traitement de l'immense majorité des infections pulmonaires, sont-elles encore celles qui s'adressent à l'organisme pour le mettre en état de résister à l'invasion bactérienne. Ce qu'il faut, avant tout, c'est une bonne alimentation, ce sont des conditions hygiéniques d'habitation, de vêtement, de travail, bref, un confort suffisant ; c'est la lutte contre l'alcoolisme, contre le surmenage ; c'est encore l'aguerrissement au froid. Sans doute, il est beaucoup plus facile, parce qu'il est infiniment moins coûteux, d'interdire aux gens de

cracher par terre que de leur procurer les moyens de mener une existence hygiénique, mais cela est aussi beaucoup moins efficace pour les mettre à l'abri de la maladie, et, tout compte fait, il est encore plus économique de prévenir celle-ci que d'avoir à la soigner. La question de la prophylaxie des infections pulmonaires, et notamment de la tuberculose, sera placée sur son terrain le plus solide le jour où tout le monde se sera pénétré de cette idée qu'il y a plus à attendre des mesures visant la défense de l'organisme que de la chasse au bacille, que, malgré tout, chacun de nous trouvera bien un jour ou l'autre sur son chemin. »

Constatons en terminant que les travaux récents sur la tuberculose arrivent à des conclusions qui s'éloignent de plus en plus des opinions contagionnistes qui ont régné à un degré si exagéré pendant la dernière moitié du siècle. Sans doute, la tuberculose est transmissible par les procédés de laboratoire, personne ne le nie ; mais entre les procédés de laboratoire et les relations sociales, il y a un abîme. La clinique nous répète chaque jour que là où la contagion tuberculeuse devrait être la plus fréquente, dans le mariage, elle reste exceptionnelle, dit M. Gouget.

J'ai enseigné dans mon livre sur la tuberculose, par 135 observations, que cette contagion n'était pas démontrée. L'étude de l'hygiène publique nous montre, au contraire, la multiplication considérable de la phtisie dans les prisons cellulaires où les sujets sont absolument isolés et dans l'armée malgré toutes les mesures de désinfection.

D'une note communiquée par M. Kelsch et qu'on trouvera dans mon mémoire sur la tuberculose, il résulte que ce sont les infirmiers militaires, en contact continuel

avec les phtisiques, qui sont les plus épargnés par la tuberculose.

Il est temps que les médecins se ressaisissent, que tout en accordant à la bactériologie toute l'importance qu'elle mérite, il la maintiennent cependant à son rang ; elle est, comme la chimie et la physique, une servante de la médecine. Le microbe pathogène joue certainement un grand rôle en étiologie, puisque sans lui la maladie infectieuse n'existe pas ; mais, s'il est l'instrument nécessaire de la maladie infectieuse, il n'en est point la cause efficiente, car il ne peut la produire si l'organisme n'est pas doué des dispositions nécessaires au développement de la maladie, puisqu'il est impuissant devant l'immunité naturelle ou acquise, et qu'enfin, lorsqu'il peut agir, il reste encore soumis à la prédisposition définie pour la forme, la durée et la gravité de la maladie.

Retenons enfin que le point important dans la lutte contre la tuberculose n'est pas de s'efforcer vainement d'empêcher l'introduction dans l'organisme de bacilles que s'y rencontrent presque toujours, mais d'agir sur l'être vivant pour augmenter sa force de résistance, pour le maintenir à l'état de *terrain impropre* à la culture du microbe de Koch, de faire en sorte enfin que ce microbe reste toujours à l'état latent.

D^r P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

LES PIQUES D'ABEILLES CONTRE LE RHUMATISME

ARTICULAIRE AIGU.

Bien heureux les ignorants, parce que de grandes découvertes leur sont réservés !

M. Terc, de Marbourg en Styrie, vient de faire à la Société de Médecine de Vienne une communication sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par les piqûres d'abeilles. Depuis vingt-trois ans Terc a appliqué cette méthode dans plus de 500 cas. Ce médecin emploie les fortes doses et le nombre des abeilles est progressivement porté à 70 par séance. Les piqûres sont faites au niveau de l'articulation malade.

Nous ne nous arrêterons point sur le côté douloureux de ce traitement et sur le nombre incroyable d'abeilles nécessaire par chaque cas de rhumatisme polyarticulaire, Nous nous bornerons à rapporter les origines de ce traitement au siècle dernier.

Agenor de Gasparin, publiciste, attaché au ministère de l'Agriculture eut le premier, vers 1840, l'idée d'appliquer les piqûres d'abeilles comme moyen thérapeutique. Il soumit à ce traitement original des cas d'arthrite rhumatismale apyrétique et diverses ophtalmies. Sa méthode consistait à faire piquer le patient par un petit nombre d'abeilles. Mais c'est à Philouze qu'il faut remonter pour trouver un travail véritablement scientifique sur l'action du venin d'abeille (*Bulletin de la Société Linnéenne d'Angers* 1860.) Des expériences de ces médecins il résulte que le venin d'abeilles est presque sans action sur les animaux à sang froid, tandis que ses piqûres suffisent pour tuer une souris, un oiseau, un lapin. Philouze a noté les symptômes suivants :

Anxiété extrême, convulsions générales, tremblement de tout le corps, paralysie progressive débutant par le train de derrière. Les battements du cœur d'abord forts, énergiques, précipités, diminuent de fréquence et de violence et le cœur s'arrête en diastole.

Philouze a expérimenté le venin d'abeilles à l'intérieur et avec de fortes doses a produit chez les animaux un sommeil profond. Enfin, à l'aide de ce venin, il a guéri des chiens atteints de diarrhée.

Remarquons que ces dernières expériences sont une démonstration de l'action des venins, administrés par la voie stomacale.

Les médecins de l'Ecole de Hahnemann, qui ont fait sur l'action des venins des travaux si considérables, se sont aussi occupés du venin d'abeilles. C'est le Dr Marcy, de New-York, qui, dès 1847, introduisit dans notre pratique l'administration du venin d'abeille. Il y avait été conduit par l'observation d'un cas d'hydropisie (ascite), traité empiriquement et guéri par une vieille Indienne, à l'aide d'une poudre d'abeilles séchées au four.

Depuis lors de nombreux travaux ont été entrepris et menés à bien ; dans notre école, nous possédons une pathogénésie très riche sur le venin d'abeille, et ce médicament est couramment employé dans notre médecine dans le traitement de la scarlatine, de la *Diphthérie putride*, de l'érysipèle, de l'urticaire, des inflammations de la langue, de la vessie, d'inflammations phlegmoneuses de l'utérus et de ses annexes, d'hydropisies diverses, de fièvre intermittente, d'affection cardiaque, de rhumatisme articulaire apyrétique, et enfin de kératite scrofuleuse, affection dans laquelle, il nous a rendu le plus grands services (consulter notre traité de Matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive).

Dr P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

- I. — OBSERVATIONS SUR LES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX INJECTIONS PRÉVENTIVES DE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS DE ROUGEOLE. UN CAS DE MORT PAR INFECTION STREPTOCOCCIQUE A LA SUITE D'UNE INJECTION PRÉVENTIVE. — II. CIRRHOSE HÉPATIQUE TUBERCULEUSE EXPÉRIMENTALE. — III. PRÉSENCE DU BACILLE DE LOEFFLER DANS CERTAINS CAS D'ANGINE ULCÉREUSE DE VINCENT.

I

(*Séance du 29 mai*). — M. VARIOT veut montrer les inconvénients et même les dangers que présentent les injections préventives de sérum antidiphtérique chez les rougeoleux hospitalisés.

A l'hôpital des Enfants-Malades, le pavillon d'isolement de la rougeole a été ouvert il y a trois ans. M. Richardièrre, qui a été le premier, en 1901, chargé de ce service, s'est trouvé aux prises avec une épidémie redoutable de diphthérie qui a fait périr 18 enfants, et dont il ne parvint à arrêter le développement qu'en faisant pratiquer systématiquement, à l'entrée de tous les petits malades, une injection préventive de sérum, 5 centimètres cubes pour les enfants au-dessous de deux ans et 10 centimètres cubes pour ceux au-dessus de cet âge.

En 1902, M. Comby, et, cette année, M. Variot, ont suivi la même pratique et avec des résultats excellents quant à l'action préventive ; sur 230 enfants, cette année, M. Variot n'a pas eu un seul cas de diphtérie.

Mais, par contre, il lui a paru que les accidents consécutifs à l'emploi du sérum étaient plus fréquents chez les enfants en évolution de rougeole, qui semblent mal le supporter. Les érythèmes et les accidents fébriles lui paraissent bien plus fréquents que sur les 3 000 diphtériques qu'il a soignés à l'hôpital Trousseau.

Sur les 230 enfants, il y a eu 72 fois des troubles fugaces, moyens ou intenses, qui ont paru imputables au sérum. Ces 72 enfants ont présenté des érythèmes divers, qui ont récidivé 45 fois et se sont accompagnés 4 fois d'arthralgies.

Cette extrême fréquence montre bien que les rougeoleux sont plus disposés que les autres malades à ces accidents.

La fièvre n'a manqué que 6 fois ; 29 fois elle a été très intense, atteignant 39°, et durant de deux à cinq jours ; souvent elle a atteint 40°, pendant deux ou trois jours et 6 fois elle a atteint 41°. « Pendant cette période fébrile qui persiste parfois plus longtemps que l'éruption elle-même, les enfants sont abattus, prostrés et il n'est pas rare qu'ils soient plus souffrants de ces accidents tardifs qu'ils ne l'ont été de la rougeole elle-même. »

En dehors des érythèmes, M. Variot a vu, chez 8 enfants, du huitième au quinzième jour, survenir une élévation thermique de 39 à 40°, durant trois ou quatre jours, puis tombant, comme cela se passe dans les érythèmes sériques et sans qu'on ait pu constater d'éruption. Il lui semble que ces accidents fébriles ne peuvent être rattachés qu'au sérum.

Les érythèmes étaient quelquefois précoces, venant en quelque sorte se superposer à l'éruption morbillieuse ; mais le plus souvent ils apparaissaient du huitième au quinzième jour, quelquefois même pendant la troisième semaine.

Ces accidents paraissent déjà avoir une certaine importance, mais il y a plus : M. Variot a observé un cas de mort ; nous allons en donner le résumé.

Alice D..., 2 ans, est apportée au pavillon le 13 mai en pleine éruption, avec catarrhe oculonasal intense, rien dans la poitrine. T. 38°5 ; le soir 39°5. Dans l'après-midi, injection de 10 centimètres cubes de sérum.

Le lendemain la température descend à 38°5 et l'éruption pâlit.

Le 15 mai, la température remonte à 39 degrés le matin et 39°3 le soir, bien que l'éruption s'atténue beaucoup et que l'auscultation des poumons reste muette.

Le 16 mai, la température reste à 39 degrés et 39°5, l'enfant est agitée, grognon et l'on voit apparaître une éruption assez intense et généralisée qui a déjà par places un aspect ecchymotique ; on se demande si l'on est en présence d'une éruption tardivement ecchymotique ou d'une éruption irrégulière due au sérum, à cause de l'intervalle entre l'éruption initiale de rougeole et l'apparition des plaques ecchymotiques.

L'enfant est baignée à 35 degrés toutes les trois heures, reçoit un peu d'alcool et est alimentée avec du lait.

Le 17 mai la température, à 39°8 le matin, s'élève à 40°8 le soir ; l'éruption ecchymotique s'est généralisée, aucune hémorragie par les muqueuses.

L'enfant pousse des cris violents dès qu'on la touche ; il est impossible de lui plier les jambes, on pense qu'elle

a des arthralgies dues à une éruption précoce de sérum.

Le cœur, les organes thoraciques et abdominaux ne présentent rien d'anormal.

Le 18 mai, au moment de la visite, la température atteint 41°2. Outre l'éruption ecchymotique généralisée, on constate que toute la peau de l'abdomen est le siège d'une tuméfaction rouge, rénitente et très douloureuse au palper. Cette grande plaque d'aspect phlegmoneux présente des taches noirâtres comme sphacélées sur la peau à l'endroit correspondant à la piqûre faite pour introduire le sérum. En arrière, dans la région dorso-lombaire, l'infiltration phlegmoneuse commence à s'étendre et a un caractère plus œdémateux que sur l'abdomen. Je conseille de faire immédiatement des incisions sur la grande plaque phlegmoneuse.

Néanmoins l'infiltration et l'œdème, dans le courant de la journée, s'étendent aux grandes lèvres et à la racine des cuisses, ainsi que dans la région dorsale. L'enfant est dans un état semi-comateux, la respiration accélérée, le pouls incomptable ; elle meurt dans la nuit à 11 heures, avec une température de 42°2.

Le point de départ de cette infiltration phlegmoneuse à marche rapide correspond manifestement au siège de l'injection préventive ; il était impossible de mettre le sérum hors de cause dans la terminaison fatale.

A l'autopsie, on ne trouve de lésions qu'au niveau de la paroi abdominale qui est infiltrée de sérosité. Cette sérosité, examinée à l'Institut Pasteur, aurait fourni une culture pure de streptocoques.

L'enfant a donc succombé à une infection streptococcique à marche suraiguë, survenue dans le cours de sa rougeole et dont le point de départ existait au niveau de la piqûre de l'injection préventive.

M. Variot croit que l'on ne peut incriminer l'infirmière, qui avait fait plus de 300 injections, qui a pris toutes les précautions ordinaires : lavage de la peau avec la liqueur de Van Swieten puis avec de l'éther ; ébullition de l'aiguille et du tube de caoutchouc entre chaque injection ; du reste, le soir même, quatre autres injections furent faites sans accidents.

M. Roux ne peut admettre qu'un échantillon de sérum antidiphtérique puisse être septique, à cause des précautions prises pour sa préparation.

M. Variot pense que quelle que soit la cause des accidents, cette mort est imputable à l'injection préventive et que sans cela l'enfant, très vigoureuse, aurait guéri de sa rougeole.

Il a donc inauguré une nouvelle pratique.

On n'inocule préventivement que les enfants qui entrent avec des angines tant soit peu suspectes et on les place dans des chambres d'isolement. Les autres enfants ne sont pas inoculés, mais on les surveille journellement avec grand soin, de façon à les inoculer rapidement, s'il survenait quelque chose du côté de la gorge.

M. BARBIER ne croit pas que les faits apportés par M. Variot puisse faire condamner les injections préventives chez les rougeoleux. Son cas malheureux est certainement exceptionnel ; sur près de mille diphtériques passés dans son service, depuis deux ans, il a observé tout au plus cinq ou six abcès, bénins, localisés, qui ont été ouverts et ont guéri rapidement ; le pus contenait des streptocoques.

D'un autre côté, on observe quelquefois, et surtout chez les rougeoleux, des diphtéries qui commencent par les

bronches ou par le nez ; si dans ces cas-là, on ne fait pas d'injection préventive, si, on attend que les fausses membranes paraissent dans le pharynx, on s'exposera à des mécomptes.

Enfin l'association de la rougeole et de la diphtérie est ordinairement très grave et donne une grosse mortalité ; les accidents signalés par M. Variot ne peuvent pas leur être comparés et il y a lieu de continuer l'emploi de la sérothérapie préventive.

M. COMBY arrive aux mêmes conclusions, les bénéfices de la sérothérapie préventive généralisée sont certains ; leurs dangers peu à redouter.

M. NETTER pense que si M. Variot a relevé un nombre considérable d'éruptions chez les rougeoleux, traités préventivement par le sérum, c'est qu'il en est en ce moment de même chez les diphtériques.

Si le sérum expose plus en ce moment à des accidents, c'est que sa consommation a augmenté et que l'on emploie du sérum plus frais.

Le cas mortel de phlegmon diffus n'est pas unique. M. Netter en a malheureusement observé un, chez un enfant inoculé préventivement, mais tenu dans un état de malpropreté déplorable, et chez lequel par conséquent, l'infection a pu avoir cette cause.

M. Netter est un partisan très déterminé des injections préventives et ne peut accepter l'opinion de M. Variot.

M. GUINON a observé aussi un abcès suivi de mort, mais ces abcès mêmes mortels, ne balanceront jamais l'immense service que nous rendent journellement les injections préventives.

Voici un fait qui doit entraîner la conviction des plus réfractaires. J'ai ouvert, en 1900, le pavillon de rougeole de l'hôpital Trousseau ; or, dans ce service nouveau, à matériel neuf, j'observai jusqu'à trois cas de diphtérie mortelle en deux mois.

Eh bien, la mise en pratique des injections préventives, à tous les malades de ce service, a supprimé complètement non seulement la mortalité diphtérique, mais même la diphtérie.

Je me consolerais du cas mortel de M. Variot en pensant aux vies qu'ont conservées les injections préventives dans mon service.

II

MM. F. BEZANÇON et GRIFFON apportent les pièces de deux cobayes qui ont présenté des cirrhoses tuberculeuses expérimentales.

Tous les deux ont été inoculés avec du pus provenant d'abcès froid.

L'un des deux présentait une cirrhose atrophique avec ascite ; l'autre une cirrhose hypertrophique sans épanchement.

III

MM. PAUL GALLOIS et COURCOUX viennent, en s'appuyant sur trois observations, démontrer qu'il peut y avoir en même temps diphtérie (bacille de Loeffler) et angine de Vincent (bacilles fusiformes et spirochètes).

Il était admis jusqu'à présent que les angines diphtériques n'étaient jamais ulcéreuses ; en outre, un certain nombre d'observateurs avait noté que, dans des angines

ulcéreuses, où l'aspect des lésions peut faire penser à la diphtérie, l'examen bactériologique n'avait pas décelé de bacilles de Loeffler.

La coexistence des deux affections sur le même sujet devra mettre les praticiens en garde et l'on devra toujours faire rechercher le bacille de la diphtérie, lorsqu'on se trouvera en présence d'une angine de Vincent.

A la séance suivante (5 juin), M. VINCENT dit qu'il a déjà appelé l'attention de la Société sur la présence possible du bacille de Loeffler dans certaines angines à bacilles fusiformes et à spirilles.

Il peut se présenter deux cas : tantôt il s'agit du bacille court, non virulent, et en quantité infime ; tantôt, au contraire, la culture donne des colonies plus ou moins nombreuses du bacille virulent.

Dans le second cas seulement on peut accepter la nature diphtérique de l'angine ; alors, l'exsudat repose sur une ulcération plus ou moins superficielle. L'intervention du couple fuso-spirillaire a eu pour effet de déterminer la nécrose de la muqueuse ; elle s'est traduite cliniquement par l'ulcération.

La diphtérie peut évoluer la première et se compliquer ultérieurement de l'angine ulcéreuse ; le contraire peut avoir lieu ; quelquefois les deux affections évoluent simultanément.

M. SEVESTRE appuie les réserves faites par MM. Comby, Netter, Guinon et Barbier à la communication de M. Variot.

Comme eux, il croit que les accidents du sérum ont peu de gravité et pense qu'ils sont insuffisants pour faire renoncer à la pratique des injections préventives.

Voici sa statistique : du 1^{er} mars au 31 mars dernier, il est entré dans ses salles 158 enfants atteints de rougeole ; sur ce nombre, 11 sont morts de broncho-pneumonie, dans les cinq ou six premiers jours, sans avoir eu d'accidents sériques. Il en reste 147 sur lesquels on n'a observé que 8 cas d'éruption sans fièvre et 6 cas avec fièvre passagère ; parmi ses malades, 1 seul a eu des douleurs articulaires. En outre, 6 enfants présentèrent pendant vingt-quatre heures une fièvre qui ne peut être rattachée à aucune cause appréciable et que l'on pourrait, à la rigueur, attribuer au sérum.

D^r MARC JOUSSET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

I

ACTION DE L'IODE SUR LE TISSU LYMPHOÏDE, par MM. MARCEL LABBÉ et LÉON LORTAT-JACOB.

De ces recherches expérimentales, il résulte que l'iode et les iodures sont avant tout des agents producteurs de mononucléose et *des excitateurs des fonctions du tissu lymphoïde*, que les solutions d'iodure de potassium déterminent des réactions plus congestives, des hémorragies plus abondantes, qu'elles sont enfin plus éosinophiliques que l'iode. Nos auteurs concluent justement que cette action de l'iode sur les ganglions lymphatiques concorde avec ce que l'on savait déjà empiriquement de l'efficacité de l'iode dans le traitement des affections du tissu ganglionnaire et des différences qui existent entre l'action de l'iode et des iodures. (Séance du 2 mai.)

II

NOTES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE THÉRAPEUTIQUE DU
CENOPIA, par MM. GILBERT et CARNOT.

Voici encore un analogue de la digitale; dans leur communication MM. Gilbert et Carnot placent cette plante dans la famille des ulmaccées; d'autres botanistes la placent dans les artocarpées, mais peu importe. A doses toxiques, mais non mortelles (nos auteurs veulent dire à fortes doses) après l'injection sous-cutanée, l'animal à sang chaud tombe sur le flanc immobile, la respiration ralentie, les battements du cœur énergiques; ce qu'il y a de plus remarquable c'est une hypothermie, la température descend jusqu'à 34 et même 33° en moins d'une demi-heure. Le lendemain l'animal est à peu près rétabli, la température est encore basse, 36°9; le surlendemain l'animal est dans son état normal.

Les auteurs ne disent pas si la température, suivant une loi presque constante, ne remonte pas au-dessus de la normale.

A doses mortelles, le tableau est à peu près le même, la température baisse progressivement jusqu'à 28 et 27; au bout de 24 heures l'animal meurt en hypothermie dans le coma, sans convulsions.

A l'autopsie, le cœur est généralement en systole et les organes peu congestionnés.

A doses non toxiques, chez le lapin et le chien, le phénomène caractéristique est l'augmentation considérable de l'énergie des contractions cardiaques. L'amplitude des pulsations devient considérable, elle est plus que triplée.

Sous l'action de ces doses l'action sur la pression et le

nombre des pulsations est peu marquée (il serait intéressant de savoir cependant s'il augmente ou diminue ces deux phénomènes).

Aux grosses doses (qu'est-ce qu'une grosse dose?) la pression baisse lentement, la fréquence des pulsations diminue de 140 à 70.

L'action sur le rein est fort remarquable; l'extrait du cénoplia est diurétique. L'élimination de l'urine est triplée et même quadruplée.

Administré chez les asystoliques avec insuffisance mitrale à la dose de XXX gouttes par jour prolongée pendant quatre jours, ce médicament produit le ralentissement et la régularisation du pouls et détermine une diurèse dépassant 3 litres par jour. Il va de soi, quoique nos auteurs n'en disent rien, que l'énergie des contractions cardiaques est considérablement augmentée.

MM. Gilbert de Carnot présentent cette note comme un travail *préliminaire*; nous espérons trouver dans le travail annoncé une étude pathogénétique complète.

(Séance du 2 mai).

III

ALCOOL ET OBÉSITÉ, par M. LEVEN,

M. Leven enseigne que la suppression des boissons fermentées, même quand on en use avec beaucoup de sobriété, suffit à produire un amaigrissement très rapide sans aucune autre modification du régime alimentaire et sans changement dans son hygiène. Ce médecin cite un certain nombre de faits à l'appui de cette opinion. On a essayé d'expliquer l'amaigrissement dû à la suppression complète des boissons fermentées, par la perte des *calories* que ces boissons apportent dans l'organisme. M. Leven a

démontré que ces explications étaient fausses en remplaçant les calories des boissons fermentées par celles du sucre et du beurre, et cependant l'amaigrissement s'est produit.

M. Leven termine son travail par les conclusions suivantes qu'une longue pratique nous permet de confirmer.

1° L'aliment peut provoquer l'obésité lorsqu'il est indigeste, quelle que soit sa formule chimique ou sa valeur calorifique.

2° L'aliment ne provoque pas l'obésité, lorsqu'il n'est pas indigeste, quelle que soit sa formule chimique ou sa valeur calorifique.

(Séance du 9 mai.)

IV

SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE D'ANOPHÈLE ET SA NOUVELLE
RELATION AVEC LE PALUDISME, par M. BILLET.

Ce médecin a étudié dans un poste avancé du sud constantinois un nouvel anophèle. Or, comme cette région de l'Algérie est infestée de fièvre intermittente, il en conclut, d'après les théories de M. Laveran, que c'est cet insecte qui est l'instrument de la transmission du paludisme.

Nous ne reviendrons point sur cette théorie dont nous avons fait souvent la critique. Nous remarquerons seulement que cette nouvelle espèce d'anophèle n'a pas réédité la légende chère à M. Laveran et qu'on ne peut suivre dans l'organisme de ces insectes l'évolution si complaisamment décrite du sporozoaire de la fièvre intermittente. Voici en effet ce que dit M. Billet : « Malgré des recherches minutieuses opérées sur une cinquantaine d'exem-

plaires, je n'ai pu observer ni sporocystes dans l'estomac de ces anophèles, ni sporozoïdes dans les glandes salivaires » (page 506).

Ce fait est utile à constater.

(Séance du 9 mai.)

V

DU SIÈGE DU VENIN CHEZ LA VIVE, par BRIOT.

Un mot seulement : des expériences de M. Briot il résulte que le venin de la vive réside surtout dans les épines operculaires de ce poisson, et que, si les épines dosales en contiennent, la quantité doit en être extrêmement minime, puisque leur piqure n'amène aucun accident.

(Séance du 16 mai.)

VI

PROPRIÉTÉS DU SERUM ANTIDIPHTÉRIQUE, par LOUIS MARTIN.

Nous ne voulons retenir pour aujourd'hui de ce travail fort intéressant que l'action locale du sérum sur la fausse membrane.

Le meilleur mode d'application est d'incorporer du sérum sec dans de la gomme et de préparer des pastilles qui fondent lentement dans la bouche. Voici les résultats obtenus :

1° La douleur disparaît très rapidement.

2° Les fausses membranes prennent une couleur jaune, se gonflent et se détergent dans un temps très court.

3° Les colonies de bacilles dans les gorges ainsi traitées disparaissent presque complètement après quarante-huit heures.

Ce traitement local, qui ne supprime pas les injections sous-cutanées, aurait l'avantage de raccourcir considérablement, le temps pendant lequel la diphtérie reste contagieuse après la guérison.

(Séance du 17 juin).

VII

DE LA THALACINE (venin des actinies) PRURITOGÈNE, par CHARLES RICHET.

Le professeur Richet a communiqué à la Société de Biologie une série d'expériences qui montrent l'action pruritogène du venin des actinies. Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons déjà écrit sur ce venin, si ce n'est que M. Richet observe qu'il agit souvent à une très faible dose, 1/10 de milligramme par kilogramme d'animal.

Le venin d'actinie étant pruritogène, doit être pruritofuge et nous espérons qu'il constituera un excellent médicament dans l'urticaire.

(Séance du 6 juin).

VIII

SUR UN CAS DE DISSOCIATION DU PHÉNOMÈNE DES ORTEILS, par RENÉ CRUCHET.

On sait qu'en excitant la plante du pied chez l'homme sain il se produit habituellement une flexion des orteils, surtout marqué au niveau du gros orteil. La même excitation chez un hémiplégique produit de l'extension ; c'est le phénomène des orteils, décrit par Babinski.

Ce symptôme n'est pas toujours aussi net ; beaucoup d'auteurs, et Babinski lui-même, ont rencontré des cas

où concurremment avec l'extension du gros orteil, on pouvait observer la flexion des autres orteils. C'est ce que M. Cruchet propose d'appeler « les dissociation du phénomène des orteils ». Il rapporte une observation d'un jeune garçon, chez lequel le plus léger chatouillement de la voûte plantaire droite provoquait en même temps l'extension du gros orteil et la flexion également brusque des quatre autres orteils.

(Séance du 2 juin).

IX

LE VIRUS RABIQUE TRAVERSE LA BOUGIE BERKEFELD, par REMLENGER ET RIFFAT-BEY.

Il résulte de ces expériences que le virus rabique traverse certaines bougies en porcelaine, et on avait jusqu'à présent admis le contraire. Le seul résultat qu'on puisse tirer de ce travail c'est qu'il constitue un argument en faveur de la nature ultra-microscopique du microbe de la rage. Ce microbe existerait donc puisqu'il est susceptible d'être retenu par les certaines bougies filtrantes et d'en traverser certains autres. Si la transmissibilité de la rage était due simplement à une toxine, aucun filtre ne pourrait l'empêcher. Le microbe de la rage appartiendrait donc à cette espèce dénommée microbe invisible.

(Séance du 13 juin).

WAGNER.

CONGRÈS DE CHIRURGIE

DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE

I

La péritonite à pneumocoque.

M. Vanbrünn a fait une communication sur ce sujet ; il a reconnu une péritonite à pneumocoque chez les enfants présentant des caractères tout particuliers et d'autres chez l'adulte, représentant absolument la péritonite généralisée ordinaire.

Dans cette communication, certainement abrégée par le journaliste, l'auteur ne fait pas ressortir suffisamment les caractères si particuliers de la péritonite des enfants et des adolescents. Cette maladie, bien décrite, en 1875, par Beudron, qui a publié 30 cas de cette forme de péritonite, se distingue de la péritonite ordinaire, non par ce qu'elle a comme lésion un pneumocoque ou bien du staphylocoque et du bacillum coli de la péritonite commune, mais par la tendance qu'elle a à se circoncrire.

Cette péritonite de l'adolescence est une péritonite circonscrite, et c'est pour cette raison qu'elle se termine si souvent par la guérison, tandis que la péritonite de forme commune est presque toujours mortelle.

Les pathologistes à courte vue qui veulent changer la nosologie, et à la place des espèces morbides déterminées après tant de travaux cliniques édités, les maladies déterminées par l'espèce microbienne qui les caractérise, pneumococcie, staphylococcie, etc., ont prétendu que la différence si considérable qui existe entre les différentes formes de péritonites tenaient à la nature du microbe.

Dans un article publié en 1881 dans l'*Art médical*, nous

avons démontré, en nous appuyant sur des observations, que la nature du microbe n'avait aucune influence sur la marche et le pronostic de la péritonite, et que toutes les fois que cette maladie survenait dans le cours d'une pneumonie, elle était déterminée par la présence des pneumocoques et que, cependant, elle présentait les mêmes symptômes et surtout les mêmes dangers que la péritonite de forme commune à streptocoques.

Ce qui fait la différence entre la péritonite des adultes et celle des adolescents, ce n'est pas le microbe, c'est la forme morbide qui, dans le premier cas, conclut à une péritonite généralisée et, dans le second cas, à une péritonite circonscrite.

Rappelons, en terminant, que la péritonite des adolescents se termine par une collection purulente qui s'ouvre spontanément au niveau de l'ombilic. Inutile de faire remarquer que l'ouverture de la collection purulente doit être faite aussitôt que l'abcès s'est constitué.

II

Du traitement chirurgical de l'épilepsie jacksonienne non traumatique.

Les connaissances toutes récentes que nous possédons sur la localisation cérébrale ont permis d'essayer l'opération du trépan dans l'épilepsie jacksonienne. M. Krause, de Berlin, a fait une communication sur ce sujet. Il rapporte les observations dont une seule lui a fourni un résultat positif, la guérison se maintenant depuis plus de neuf ans. Chez les trois autres malades les accès ne se sont pas reproduits depuis l'opération, mais celle-ci est encore trop récente pour que l'on puisse conclure rigoureusement à la guérison. Comme manuel opératoire, M. Krause recom-

mande de pratiquer une ouverture d'au moins 6 centimètres, afin de pouvoir trouver facilement la lésion. Dans deux cas il a rencontré un petit kyste qu'il a excisé ainsi que la partie correspondante de l'écorce. Dans le troisième cas il a rencontré une cicatrice (et cependant il ne s'agissait pas d'un cas traumatique), et, dans le quatrième cas, une légère leptoméningite ; l'opération a consisté à enlever la lésion et la partie superficielle de l'écorce.

M. Braün signale qu'un des cas rapportés par M. Krause est retombé malade. M. Kurnell préfère le drainage ventriculaire et dit que l'épilepsie disparaît aussi longtemps que ce drainage peut être maintenu.

M. Joly regarde comme très douteuse l'action favorable de l'opération dans les cas d'épilepsie jacksonienne.

L'incurabilité généralement reconnue de l'épilepsie jacksonienne non traumatique nous aurait fait désirer de trouver dans la chirurgie un moyen de guérison, et c'est pour cela que nous avons rapporté la communication de M. Krause.

WAGNER.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

DE L'OBÉSITÉ

(Communication du Dr Giserius junior à la Société homœopathique des médecins de Berlin.)

En même temps que les méthodes s'appuyant sur le régime et les exercices, et lorsque l'obésité n'est pas le résultat d'une mauvaise hygiène, l'auteur recommande un traitement pour rendre à la cellule son pouvoir destructeur de la graisse.

L'obésité résulte de causes morbides variées, et cette variété se retrouve dans la liste des médicaments, et leur application selon l'individualité des sujets.

Ferrum convient dans l'obésité des anémiques existant depuis la première enfance.

Sulfur, dans les états de stase veineuse abdominale, hémorroïdes, goutte, obésité, pléthorique, chez les tempéraments soumis à la psore.

Antimon. crud., chez les viveurs.

Calcarea carb., chez les scrofuleux.

Calcarea acetica chez les jeunes gens constipés; convient surtout aux filles aux règles trop abondantes.

Arsenic, employé trop longtemps, à grosse dose, diminue l'oxydation et facilite les dépôts de graisse, par son action directe sur les globules rouges.

Il est donc indiqué chez les anémiques gras. Les symptômes se rapportant à l'arsenic doivent guider pour le choix du remède, comme ceux du fer.

Iode. L'iodure de potassium amaigrit, produit la dégénérescence graisseuse du cœur, du foie, des reins, des muscles, l'atrophie cachectique du pannicule graisseux. L'iode entre en combinaison fixe avec l'albumine, agit sur les glandes, surtout lymphatiques, diminue leur activité, le chyle devient moins digestif, se résorbe, et exerce une influence dénutritive sur les glandes mésentériques qu'il traverse.

Les symptômes de l'iode sur l'estomac doivent guider le choix. L'iode se trouve dans la teinture de *fucus vesiculosus*, qui, prescrite à dose graduelle de XII à CXX gouttes, en revenant peu à peu de CXX à XII gouttes par jour, a amené chez des femmes sédentaires une diminution notable de la lourdeur et du malaise, mais aussi

une diminution de la force musculaire plus grande que celle que donnent l'usage des eaux minérales ou de l'ingestion de la glande thyroïde.

Dans les formes d'obésité compliquant des états morbides, on rencontre le météorisme, le symptôme de plénitude de l'estomac, la pléthore de la veine-porte, les battements exagérés du cœur. L'état graisseux de ce viscère est une indication ou une contre-indication du fucus.

Il est utile dans l'obésité de la maladie de Basedow. Il contient, en effet, une combinaison d'iode; il est voisin comme constitution de Spongia, de Badiaga et d'Helminthochortos, employés contre la scrofule.

Adonis vernalis peut s'employer à cause de son action sur le cœur. Hale lui attribue des effets dans l'obésité. Dans les expériences, il a observé une augmentation notable de l'appétit avec diminution de poids.

Arnica, d'action connue sur les muscles et sur le cœur; s'adapte surtout aux tempéraments pléthoriques et congestifs.

Phytolacca, employé par Dahlke dans le cœur gras; son action est contestée par Hale, qui ne le conseille que dans les affections rhumatismales du cœur. Clarke regarde comme très énergique le pouvoir résorbant de ce médicament, très utile dans la mastite, les oreillons.

Une malade qui prenait le 30^e de *Phytolacca* pour des douleurs au cou dut cesser parce que ses seins avaient pris un fâcheux développement,

Aurum est indiqué à cause de ses symptômes du cœur, et son action résorbante.

Phosphore convient surtout dans la dégénérescence

graisseuse, spécialement dans les cas où le cœur gras co-existe avec l'arc sénile de la cornée.

(*Zeitschrift der Berl. Ver. homoop. Aerzte*, mars 1903.)

VITALISME ET THÉRAPEUTIQUE, par le Dr BERGMANN D'HANAU

Les manifestations de la vie dans les êtres ne sont pas le résultat des forces inorganiques de la nature, mais d'un pouvoir spécial, immatériel et mystérieux. La pensée ne se produit pas sans phénomènes chimiques dans les ganglions cérébraux, mais qui prétend aujourd'hui que ces phénomènes matériels soient tout à fait psychiques ?

L'idéal thérapeutique, la poursuite de la cause du mal n'est atteint que très rarement, car nous n'avons le plus souvent que des symptômes, et se borner à les combattre c'est s'attarder dans la routine. On s'accorde aujourd'hui à voir dans chaque maladie non un ensemble de symptômes qu'il faut arrêter à tout prix, mais la lutte de l'organisme contre des pouvoirs nocifs dont la sueur, la fièvre, la douleur sont les phénomènes réactifs, travaillant à l'élimination des produits morbides, sous l'impulsion d'une force spéciale automatique, la force vitale qui détermine dans l'organisme malade les réactions, comparable qu'elle est à la volonté, cause première du mouvement dont nous saisissons les effets dans l'action d'un groupe de muscles quand nous prenons un objet. Ce principe vital est le régulateur de l'organisme sain ou malade. Il est sujet à l'irritation, comme les autres forces de la nature ; les produits morbides exercent sur lui une irritation spéciale, qui agit sur l'organe ou le tissu envahi par la substance morbide. Il est une force aveugle ce principe et travaille vers un but, vers lequel le médecin doit le

diriger, en stimulant les réactions trop faibles. Le vitaliste doit faire usage du médicament capable d'agir sur l'organisme dans la même direction, suscitant les mêmes symptômes que la force vitale elle-même, donnant au tissu ou à l'organe atteint plus de vitalité pour réagir contre le poison morbide.

Mais pendant que les homœopathes choisissent le *similimum*, autant que possible, d'après les *effets subjectifs* du poison morbide, le Dr Bergmann cherche dans les urines du malade un *criterium objectif*. Il y trouve des changements réguliers qui ne sont pas l'effet du hasard; ce liquide, produit des échanges de l'organisme, peut et doit correspondre à son état morbide. Ayant déterminé les modifications qui s'y produisent, suivant chaque cas, l'auteur a cherché les médicaments capables, à haute dose, d'amener dans l'urine la caractéristique de telle maladie. On peut admettre qu'ils agissaient sur les échanges de substance et les organes malades dans le même sens que la force vitale. L'expérience conduisit l'auteur à l'emploi des doses infinitésimales d'Hahnemann, se rappelant que le plomb réagit sur l'acide sulfurique à la de 1/100.000.000° et que Prayer a paralysé des grenouilles avec 1/1.000.000° de curare. Obligé d'accepter les faits, même inexpliqués, il pense que par leur action caractéristique sur l'urine les semblables démontrent leurs rapports spécifiques avec la cellule malade, une sorte d'irritation *fermentative*.

Le Dr Bergmann a étudié l'action sur la tuberculose des deux spécifiques Arsen. jod. et Kréosote.

L'urine des tuberculeux est pâle, un peu trouble, d'odeur aromatique pénétrante; la lumière tombant sur un tube à réaction qui contient l'urine, fait voir un anneau bleuâtre; après six ou dix heures il s'y dépose une masse

grise, nuageuse de débris d'épithélium muqueux. L'urine des sujets qui ont fait un long usage d'Ars. jod. ou de Kréosote présente à peu près tous ces caractères.

Guidé par ces données, il a obtenu dans le délai de six à douze mois un certain nombre de guérisons intégrales de tuberculeux au début, et l'arrêt du mal chez d'autres plus avancés.

Voici les remarques que lui a suggérées l'usage de ces deux médicaments :

1° L'ensemble des symptômes de Kréosote chez le sujet sain donne l'odeur aromatique, le trouble du liquide et les nuages. Les symptômes d'Arsen. jod. sont : augmentation de l'indican, reflet bleuâtre et couleur pâle. Il faut donc, au début, chercher si l'urine des malades présente les caractéristiques de la tuberculose.

2° Les deux médicaments n'agissent que très dilués en moyenne au 1.000.000° ; pour les sujets excités, et avec le type phthisique, on réussit bien avec les 10 et même les 100 millionièmes; les asthéniques s'accommodent de solutions plus fortes, mais il ne faut jamais descendre au-dessous de la 10.000°.

3° Il faut contrôler, par un examen hebdomadaire, les résultats, en alternant, suivant les symptômes, les deux médicaments.

4° Les malades fébriles devront commencer par Kréosote et prendre Arsen. jod. quand la fièvre aura diminué.

5° Les remèdes seront pris pendant deux ou trois mois, puis on interrompra quatre semaines.

(*Allg. homoop. Zeitung*, juillet 1903).

« DÉMONSTRATIO AD OCULOS » DE L'EFFET DES DOSES INFINITÉSIMALES, par le D^r A. HAUPT, DE CHEMNITZ.

On sait que le D^r Schultz a reconnu, il y a plusieurs années, que le sublimé à haute dose tue la cellule de la levure, et dilué au 600.000^e et au 800.000^e élève au-dessus de la normale son action de ferment. L'axiome proclamé par ce maître « que la faible dose médicamenteuse exalte l'action vitale, la dose élevée la paralyse » reçoit une brillante illustration par les expériences de Sand; que les recherches microscopiques sont venues confirmer.

Il s'agit de l'action de l'acide arsenieux sur les infusoires cultivés dans l'eau amidonnée.

La solution au 1000^e tuait les infusoires en quelques minutes.

La solution au 10.000^e après deux jours.

La solution au 100.000^e produisait d'abord une légère multiplication des animalcules, qui, au bout de cinq jours, étaient tous morts.

Au 1.000.000^e les infusoires restaient en vie, mais se multipliaient plus lentement que dans les gouttes d'eau amidonnée servant de contrôle.

Poussée plus loin, la dilution donnait une multiplication plus accentuée des infusoires.

Une solution arsenicale au 5.000.000^e donnait à peine plus de nouveaux animalcules que le liquide de contrôle;

Au 10.000.000^e, produisait, après huit jours, 100 nouveaux animalcules, le liquide de contrôle n'en donnant que 50, la 7^e dilution décimale produisait donc une suractivité vitale double chez les infusoires.

Une dilution plus élevée ne donnait plus de résultats.

Ces expériences prouvent :

Aux adversaires de l'homœopathie que des dilutions mêmes élevées peuvent encore donner des résultats évidents ;

Aux partisans de la méthode d'Hahnemann que ce pouvoir a des limites.

Cependant l'action clinique indéniable de dilutions bien supérieures à la 7^e déc. et même à la 30^e s'expliquent par la sensibilité plus grande de la cellule chez l'homme, quand elle est surexcitée par l'état de maladie.

(*Zeitschr des Berl. Ver. homoop. Aerzte*, mai 1903.)

D^r PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE. TAXIS SANS RÉSULTAT.

COMPRESSES D'ÉTHÉR. RÉDUCTION.

Depuis la communication de M. Fiessinger (*Acad. Méd.*, 3 oct. 1900), l'application prolongée de compresses d'éther dans les cas de hernie étranglée continue de rendre les plus grands services aux praticiens.

De nombreux succès ont été obtenus.

La méthode est si simple qu'on ne saurait trop en recommander l'emploi dans les premières heures de l'étranglement. Voici une nouvelle observation du D^r Pasquier (de Cahors).

Mme C..., 49 ans, atteinte depuis longtemps d'une grosse hernie ombilicale facilement réductible. Porte un bandage ombilical qu'elle quitte la nuit.

Dans la nuit du 25 au 26 mars 1902, je suis appelé au-

près de cette dame qui, très enrhumée, a vu dans une quinte de toux sa hernie sortir, devenir beaucoup plus grosse que d'habitude, et s'est trouvée finalement dans l'impossibilité de la réduire. Elle a été prise presque aussitôt de vomissements alimentaires, puis bilieux et, lorsque je la vois, elle est en mauvais état, le pouls est petit; tendance à la syncope. J'essaye de réduire la hernie sur laquelle on a déjà appliqué des cataplasmes; mais mes efforts sont vains et je me retire après un taxis de dix à quinze minutes pour aller prévenir un de mes confrères. Avant de partir, toutefois, j'applique des compresses d'éther et j'explique au mari de la malade ce qu'il a à faire jusqu'à mon retour.

Je reviens une heure après avec mon confrère A... La malade nous déclare qu'elle éprouve un grand bien-être. Elle n'a pas revomi. Nous l'examinons. La *hernie n'est pas rentrée*, mais la simple application de la main la fait rentrer brusquement, alors qu'une heure devant un taxis énergique s'était montré impuissant.

(*Journal des praticiens*, 17 janvier).

ACTION DU BLEU DE MÉTHYLÈNE SUR L'ENTÉRITE ULCÉREUSE
DES TUBERCULEUX.

Dans une communication faite le 28 janvier dernier à la Société de thérapeutique, M. Louis Rénon et M. Géraudel avaient montré l'action du bleu de méthylène sur les ulcérations de la langue et du voile du palais chez les tuberculeux (1).

Leur note se terminait ainsi : « Nous étudions en ce moment l'action du bleu de méthylène, donné par la voie gastrique, sur l'entérite ulcéreuse des phtisiques, et les

résultats complets de ces recherches seront publiés ultérieurement ; nous avons toujours observé jusqu'au présent la diminution et même parfois la cessation complète de la diarrhée. »

M. Rénon vient d'apporter de nouveaux résultats à la Société de thérapeutique.

Depuis cette époque, il a, en effet, continué cette médication chez bon nombre de phtisiques atteints de diarrhée intense et incoercible, et, dans les quatre cinquièmes des cas, l'action du bleu de méthylène s'est montré très favorable.

Le bleu était donné par la voie gastrique, à la dose de 15 à 20 centigrammes par jour. On prescrivait en une fois l'un ou l'autre des cachets suivants :

Bleu de méthylène. . . . 0 gr. 15

Lactose. 0 gr. 60

Bleu de méthylène. . . . 0 gr. 20

Lactose. 0 gr. 80

ou trois ou quatre fois par jour un cachet plus petit :

Bleu de méthylène. . . . 0 gr. 05

Lactose. 0 gr. 20

La lactose n'avait pour effet que de diviser la poudre du bleu et de la rendre plus tolérable à l'estomac.

Sous l'influence du médicament, les selles diminuent très rapidement de fréquence ; dès le premier jour, leur nombre tombe de 15 ou 20 à 5 ou 6. Au bout de trois jours, on observe souvent un arrêt complet des matières, la constipation pouvant remplacer même la diarrhée.

Comment expliquer cette action curieuse ? Il est probable que le bleu déterge les ulcérations intestinales, en s'opposant au développement des agents d'infection secondaire. Dans plusieurs cas, les malades ont succombé

à la cachexie tuberculeuse ; M. Rénon a pu voir que les ulcérations n'étaient point cicatrisées, mais qu'elles étaient moins tomenteuses et moins irrégulières qu'habituellement.

C'est vraisemblablement de cette façon que le bleu de méthylène agit dans l'entéro-colite muco-membraneuse et dans la dysenterie, où l'on a constaté les heureux effets des lavages avec une solution faible de bleu ; les résultats sont souvent remarquables, comme l'auteur a pu le vérifier l'année dernière, au camp de Châlons, avec le médecin principal Grivet.

Dans la fièvre typhoïde, M. Rénon a vu souvent des doses de 10 centigrammes de bleu abaisser la température de 2 à 5 dixièmes de degré ; il s'agit probablement aussi d'une action sur les microbes d'infection secondaire, encore qu'avec M. Louste, il ait noté une diminution de la vitalité du bacille typhique dans les solutions étendues de bleu.

En tout cas, M. Rénon estime que le bleu de méthylène, malgré ses légers inconvénients (coloration des urines, saveur un peu styptique) peut rendre de grands services dans le traitement de l'entérite ulcéreuse des typhiques, si souvent rebelle aux médications classiques.

(*Gaz. des hôpitaux*, 23 juin.)

LA GÉLATINE COMME HÉMOSTATIQUE.

La gélatine en solution est un hémostatique très puissant, comme l'ont montré bien des médecins à la suite des travaux de Dastre et Floresco en 1896, Lancereaux et Paulesco en 1897. Elle peut être administrée soit en application, locale soit en injection hypodermique.

Localement la gélatine peut être employée pour arrêter

les épistaxis, les hémorrhagies consécutives à des extractions de dents, des hémorrhagies gastriques ou intestinales, des hématuries vésicales. On emploiera la solution suivante :

Gélatine.....	5 grammes.
Chlorure de sodium.....	2 —
Eau.....	100 —

Stériliser à 100°. — En applications locales.

Il suffit pour les épistaxis de faire pénétrer la solution par les narines et de fermer un instant ces orifices avec un peu d'ouate hydrophile imbibée de la solution ; le malade penchera la tête en avant pour garder le plus possible de gélatine dans ses fosses nasales. Pour les hémorrhagies gastriques on fera ingérer en nature, une cuillerée toutes les heures, de la potion suivante :

Gélatine.....	10 grammes.
Sirop de groseilles...	300 —

Quel que soit l'intérêt de cette médication, elle est un peu rentrée dans l'ombre depuis que l'on connaît les merveilles véritables que peut produire l'adrénaline dans les mêmes circonstances.

Comme hémostatique général, par contre, la gélatine n'a pas à craindre, semble-t-il, une concurrence aussi sérieuse de la part de l'adrénaline.

On a, il est vrai, dans ces derniers temps, signalé des cas de guérison de scorbut, d'hémoptysie arrêtés par des injections d'adrénaline (cas de scorbut de Deckers et Meessen, *Arch. de Médec. Belges*, déc. 1902 ; cas d'hémoptysie, Souques et Morel, *Société méd. des hôp.*, 20 novembre 1902) mais ces exemples sont restés isolés et à l'heure qu'il est, pour l'hémostase générale, tout l'avantage reste à la gélatine.

La gélatine peut être administrée de diverses façons, Par voie buccale, en lavement ou en injection hypodermique. Lorsqu'on choisit la voie buccale ou la voie rectale, on doit employer des solutions de 3 à 8 0/0. La gélatine a toujours un goût assez fade. On parvient à la masquer par divers artifices, en l'incorporant à du bouillon ordinaire ou en l'associant à des sirops parfumés.

(*Journal du praticien*, 7 février.)

UN PROCÉDÉ DE RECHERCHE DES PIGMENTS BILIAIRES

Peu satisfait des méthodes usuelles de recherche des pigments biliaires, un médecin de la Nouvelle-Zélande, M. le D^r F. A. Monckton (de Fielding), recommande le procédé suivant : on prend deux tubes à essai et on les remplit aux trois quarts d'eau ; puis on met une toute petite quantité de bleu de méthylène dans l'un des tubes, pendant qu'on verse dans l'autre XXXI gouttes du liquide à examiner. On laisse ensuite tomber lentement dans le second tube une vingtaine de gouttes de la solution de bleu de méthylène : on obtiendrait de la sorte, avec de l'urine normale, une coloration d'un bleu clair ; par contre, pour peu qu'il y eût des traces de pigments biliaires, le liquide prendrait une teinte verdâtre.

Cette réaction serait plus sensible que les procédés habituellement employés en pareille occurrence.

(*Semaine Médicale*, 10 nov. 1902.)

LE BLEU DE MÉTHYLÈNE DANS LE TRAITEMENT DE L'ENTÉROCOLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Partant de ce fait que l'entérocólite muco-membraneuse survient souvent chez des névropathes, un médecin

italien, M. le Dr T. Cecchetelli-Ippoliti (d'Ancône), a eu l'idée de combattre cette affection par le bleu de méthylène qui, comme on le sait, a été, au cours de ces dernières années, préconisé à titre de sédatif contre diverses maladies du système nerveux, et qui lui paraissait également indiqué en raison de ses propriétés antiseptiques. L'essai que notre confrère a institué sur une femme de trente-quatre ans, atteinte depuis trois années environ d'entérocólite muco-membraneuse, a donné de très bons résultats. M. Cecchetelli-Ippoliti prescrivit à cette malade lacté et lui fit prendre, tous les jours, deux lavements d'une solution de bleu de méthylène à 1 p. 100. Il ordonna, en outre, quatre pilules par jour, contenant chacune 0 gr. 01 centigr. de bleu de méthylène. Au bout de vingt jours de ce traitement, on constata une amélioration considérable dans l'état de la patiente, et on compléta la cure par l'hydrothérapie, le massage abdominal, l'administration de toniques, etc., etc. La guérison remonte aujourd'hui à huit mois et paraît définitive.

(Semaine Médicale, 24 décembre 1902.)

INJECTION D'AIR DANS LE TISSU CELLULAIRE PRÉSACRÉ COMME
MOYEN DE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE NOCTURNE
D'URINE.

M. le Dr Bérard, professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Lyon, a eu l'occasion d'observer une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'incontinence nocturne d'urine et chez laquelle un traitement bromuré méthodique, ainsi que la section du méat urinaire (semé de quelques petits polypes) et l'antisepsie soigneuse de la vulve, du vagin et de l'urèthre restèrent sans le moindre

effet sur l'infirmité en question. Notre confrère eut alors recours aux injections épidurales de sérum artificiel, préconisées en pareil cas par MM. les D^r Albarran, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et F. Cathelin. Ces injections ne firent que suspendre l'incontinence pendant quelques jours. En présence de cet insuccès, M. Bérard essaya, suivant les indications de M. le D^r Jaboulay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, d'agir sur les plexus sacré et hypogastrique, en dehors de la colonne vertébrale, en déterminant un véritable décollement du tissu cellulaire du bassin par une injection d'air stérilisé.

M. Bérard pratiqua l'injection sur le raphé recto-coccygien, en avant du sacrum, un doigt dans le rectum servant de guide pour éviter la pénétration de l'aiguille dans l'ampoule rectale. Notre confrère introduisit ainsi environ 150 c. c. d'air dans l'espace péri-rectal. La patiente accusa d'abord de la distension locale, puis des coliques. L'air ayant remonté au-devant du rachis, jusque dans les creux sus-claviculaires, la malade éprouva quelques troubles cardio-pulmonaires, mais au bout d'un quart d'heure tout malaise avait disparu. Depuis cette intervention, qui remonte actuellement à plus d'un mois, la patiente n'urine plus au lit.

Se basant sur ce fait, M. Bérard estime que les injections d'air atmosphérique, préconisées récemment par M. le D^r Cordier, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon, contre les névralgies et les névrites, seraient aussi susceptibles de rendre de bons services dans les cas d'incontinence nocturne d'urine, rebelles aux moyens thérapeutiques usuels, voire même aux injections épidurales. Toutefois, comme la méthode imaginée par

M. Cordier n'est pas exempt de d'inconvénients en raison de la diffusion trop lointaine de l'air injecté, M. Bérard se demande si l'on ne pourrait pas, pour obtenir le décollement du rectum et la distension des fibres nerveuses du plexus sacré, substituer à l'air le sérum artificiel, qui exercerait une action mieux localisée et plus durable. (*Semaine médicale*, 21 janvier.)

L'EAU OXYGÉNÉE COMME MOYEN ÉPILATOIRE.

Voici un procédé simple et, si son efficacité est vérifiée, qui rendra de grands services. Que de fois le praticien n'est-il pas consulté par des dames dont les lèvres sont ombragées d'un duvet trop fourni ! Que prescrire ! L'épilation mécanique, les pâtes épilatoires, l'électrolyse ? M. Gallois propose l'eau oxygénée : la technique est des plus simples. Coton imbibé d'eau oxygénée et appliqué sur la région qu'on veut épiler. On le laisse en place quelques minutes et on renouvelle cette application tous les jours. Les poils pâlissent, se transforment en duvet incolore, cassent et disparaissent. L'inconvénient est que le poil n'est pas détruit et qu'il faut recommencer les applications. Précaution à prendre : éviter que les étoffes ne soient tachées par le liquide. L'eau oxygénée brûle les tissus comme elle brûle les poils. Mais elle n'est pas irritante pour la couche cornée tégumentaire. (*Journal des praticiens*.)

VARIETES

LA PESTE A BERLIN

Le Dr Sachs a contracté la peste au cours de recherches bactériologiques; il a été atteint de la forme pneumonique et succomba le soir du troisième jour.

La maladie débuta subitement par un violent frisson, hyperthermie, courbature, inappétence, toux et oppression. On constata de la matité à la base du poumon droit. Le lendemain, aggravation notable, adynamie prononcée, le visage et les yeux étaient congestionnés, expectoration sanglante, oppression considérable. Des recherches bactériologiques assurèrent alors le diagnostic de la peste, et comme nous l'avons dit, le malade succomba à la fin du troisième jour. L'autopsie montra une congestion du lobe inférieur du poumon droit, une rate volumineuse et le sang renfermait des bacilles pesteux en culture presque pure.

Un des infirmiers qui avaient soigné Sachs tomba malade trois jours après la mort de ce médecin. Il présentait lui aussi une fièvre à 40°, l'injection du visage et des conjonctives, une expectoration sanguinolente qui contenait le bacille de la peste. Traité par des injections de deux sérums antipesteux, l'un venant de Paris, l'autre de Berne, il est entré en convalescence.

Les mesures les plus sévères ont été prises pour limiter la contagion. Tous ceux qui ont approché les malades

ont été isolés, même le cocher de la voiture d'ambulance et on leur fit à tous des injections préventives de sérum antipesteux. La maladie semble arrêtée.

LA MALADIE DES PÊCHEURS D'ÉPONGES

Les pêcheurs d'éponges de la Méditerranée sont exposés à une affection grave provenant du contact d'un actinium qui appartient à la famille des Actinides. Cet animal secrète une substance visqueuse très virulente surtout dans la saison chaude.

Le premier symptôme qui suit le contact de cet actinium est une démangeaison avec brûlure intense, localisée d'abord au point touché et se généralisant ensuite sur tout le corps.

Sur le point où le virus a été en contact apparaît une papule de consistance cornée, entourée d'une aréole rouge qui passe au sombre, au bleu de plus en plus foncé et enfin tout à fait noire. La peau se sphacèle complètement et laisse, quand elle est détachée, une plaie profonde, avec suppuration abondante très difficile à guérir. Quelquefois, autour de la région touchée, surviennent des abcès multiples.

Un mouvement fébrile avec frissons, soif, céphalalgie, courbature, accompagne le début de l'affection et continue plusieurs jours. Le Dr Skevos Zervos qui a communiqué cette notice à *La Semaine Médicale* (n° 25), a reproduit expérimentalement sur le chien la lésion produite par l'actinium. Le poison a été appliqué sur la peau de l'abdomen, préalablement rasée, et au bout de quelques jours se sont développés des abcès, une escharre, comme celle qu'on observe chez l'homme.

Les propriétés toxiques de l'actinium se manifestent par la voie stomacale ; en effet, les pêcheurs d'éponges, après avoir fait sécher ce parasite, l'emploient mélangé au pain et à la viande, pour empoisonner les animaux domestiques. Ces derniers succombent rapidement en quelques minutes, au milieu de convulsions.

Aucune expérience n'a été faite d'une manière scientifique.

Remarquons que l'affection déterminée par l'actinium des éponges rappelle, à leur première période, les phénomènes étudiés par le professeur Richet à propos des actinies de nos régions.

WAGNER.

LA VACCINATION ANTIRABIQUE A L'INSTITUT PASTEUR EN 1902.

4.103 malades ont été traités à l'Institut Pasteur en l'année 1902 ; 3 sont morts, mais comme l'un est mort pendant le traitement même, il n'est pas compté dans la statistique ; le résultat est donc 2 morts sur 4.103 ; mortalité 0,18 p. 100.

Si le nombre des personnes traitées à l'Institut Pasteur a diminué, cette diminution tient à l'établissement d'instituts antirabiques dans plusieurs villes de France.

Le chiffre 0,18 de mortalité est le plus bas qui ait été atteint depuis 1886.

Le malade qui a succombé pendant le traitement est un enfant de 2 ans, mordu au front et à la paupière, de plusieurs plaies pénétrantes. Le traitement fut commencé vingt-quatre heures après, et la rage s'est déclarée le 14^e jour du traitement et quinze jours après la morsure ; ce qui constitue une durée d'incubation extrêmement

courte, en rapport du reste avec le siège des morsures, leur nombre et leur profondeur.

Les deux personnes mortes après le traitement sont d'abord une dame de 63 ans, demeurant à Angers, portant 14 morsures pénétrantes dont 10 aux membres supérieurs. Le traitement, commencé trois jours après les morsures, a été continué vingt et un jours et des symptômes de la rage se sont manifestés trois mois après la morsure. L'autre malade, qui a succombé après le traitement, était un Parisien. Il portait 4 morsures pénétrantes au membre supérieur. Ce malade n'a commencé le traitement que douze jours après les morsures, et la rage s'est manifestée quatre mois et six jours après les morsures. Ce malade était alcoolique.

P. J.

SOUS PRESSE

Mémorial

DE

Thérapeutique Homœopathique

par les Docteurs P. JOUSSET et MARC JOUSSET

Le Propriétaire-Gérant : P. JOUSSET.

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — *Téléphone.*

L'ART MEDICAL

AOUT 1903

MATIÈRE MÉDICALE EXPERIMENTALE

DE L'ACTION EMPÊCHANTE DES DOSES INFINITÉSIMALES DE NITRATE D'ARGENT SUR LA VÉGÉTATION DE L'*ASPERGILLUS NIGER*.

En 1869, Raulin publiait, dans les *Annales des Sciences naturelles* (1^{re} série Botanique, tome XI), un mémoire « sur l'action éminemment vénééuse de l'azotate d'argent ; il se montre encore assez actif à la dose de 0 gr. 0003 pour 500 grammes de liquide pour empêcher la végétation de l'*Aspergillus niger*. » (Page 219).

Nous nous sommes proposés de poursuivre les travaux de Raulin, et de rechercher jusqu'à quel degré d'infinitésimalité le nitrate d'argent conservait encore son action empêchante sur la végétation de l'*Aspergillus niger*.

Le nombre considérable d'expériences que nous avons réalisées depuis 18 mois (près de cinquante expériences), suffit à démontrer les difficultés d'un semblable travail. Plusieurs fois nos expériences ont été contradictoires ; ce qui s'explique, puisqu'il s'agissait de contrôler des faits

qui se passent dans un organisme vivant; et c'est seulement après bien des essais que nous sommes arrivés à une technique, nous donnant toujours des résultats comparables. Ces résultats sont absolument probants, non seulement parce qu'on peut les répéter en se plaçant toujours dans les mêmes conditions, mais aussi parce qu'on peut les contrôler par la balance.

Au commencement de nos recherches nous nous servions souvent du métal lui-même trituré dans du sucre de lait.

Or, ces triturations très difficiles à faire différent beaucoup les unes des autres, et sont quelquefois complètement inactives. Aussi avons-nous promptement renoncé à ce mode de préparation; et, à l'exemple de Raulin, nous avons employé le nitrate d'argent qui par sa solubilité permet de préparer des solutions absolument exactes et qu'on peut diviser à l'infini.

Cette première cause d'erreur éloignée, il en restait une seconde : l'ensemencement essentiellement variable des sporanges de l'*Aspergillus*. Primitivement cet ensemencement se faisait à l'aide d'une pince qui avait le double inconvénient de mettre dans le liquide en expérience des sporanges plus ou moins nombreux, et surtout des sporanges arrivés à des périodes de végétation très variables.

Pour parer à cet inconvénient, nous prenons des morceaux de mycelium chargé de sporanges d'une culture de quinze jours à un mois, nous les plaçons dans un bocal à moitié rempli de liquide Raulin et, après avoir laissé macérer plusieurs heures et les avoir fortement secoués, nous filtrons sur papier le liquide noirâtre qui en résulte. Le liquide à peine coloré que nous recueillons par filtra-

tion sert à nos ensemencements qui, dans ces conditions, sont tout à fait comparables entre eux.

En résumé, voici notre technique : nous prenons des boîtes de Petri ou des tubes de Borel. Les boîtes de Petri reçoivent 10 centimètres cubes de liquide Raulin, celles qui doivent servir de témoins reçoivent 5 centimètres cubes de plus, parce que les boîtes en expérience recevront 0,05 d'une solution au nitrate d'argent, et de cette façon la quantité de liquide sera égale dans toutes les boîtes.

Nous ensemençons ces boîtes en suivant la technique décrite plus haut, à l'aide d'un compte-gouttes chaque boîte recevant X gouttes du liquide filtré.

Le nitrate d'argent est ensuite ajouté; et voici comment les solutions sont préparées : le flacon numéro 1 contient 0,05 centigrammes de nitrate d'argent dans 5 grammes d'eau distillée et stérilisée : pour que le mélange du sel et de l'eau soit parfaite nous imprimons trente secousses au flacon.

Deux ou trois gouttes de ce premier flacon sont versées dans un second contenant aussi 5 grammes d'eau distillée et stérilisée. Après le mélange fait comme précédemment, ce second flacon sert à en préparer un troisième, et nous préparons ainsi trente flacons. Dans le dernier, la quantité de nitrate d'argent est exprimée par l'unité précédée de 60 zéros.

Chacune de ces dilutions est versée dans une boîte de Petri, contenant déjà le liquide Raulin et les sporanges d'*Aspergillus*; trois témoins sont réservés exempts de nitrate d'argent et le tout est abandonné à la température du laboratoire.

Les tubes de Borel sont préparés de la même manière, seulement ils contiennent le double de liquide Raulin,

parce qu'ils ont plus de capacité que nos boîtes de Petri ; ils sont fermés avec un bouchon d'ouate.

Nous ne rapportons pas toutes nos expériences, mais seulement celles qui ont été faites suivant la technique que nous venons de décrire, parce que ce sont les seules dont les résultats soient absolument comparables, et pour lesquelles nous avons pu appliquer la vérification de pesées faites dans des conditions identiques.

Nous avons dit que nos premières expériences avaient été quelquefois contradictoires ; cependant dans la plupart des cas, l'inspection des cultures nous avait permis de constater l'influence du nitrate d'argent à dose infinitésimale sur le développement de l'*Aspergillus*. Mais nous concevons que, quand il s'agit de constater des différences très minimes, l'aspect extérieur est tout à fait insuffisant et que les pesées seules peuvent donner des résultats rigoureusement exacts.

Dans les expériences qui vont suivre, l'influence empêchante du nitrate d'argent sur le développement de l'*Aspergillus* est démontrée par le poids des myceliums produits dans chaque boîte de Petri ou dans chaque tube de Borel.

La consommation du liquide Raulin étant en proportion de la vigueur de la végétation de l'*Aspergillus*, ce liquide doit à la fin des expérimentations présenter dans chaque boîte un poids différent, qui devrait être exactement en rapport avec celui du mycelium développé.

Or, ce rapport n'est qu'approximatif, parce qu'il faut tenir compte de l'évaporation dans la diminution du liquide Raulin. Et ce facteur est variable comme l'occlusion des boîtes de Petri et des tubes de Borel. Nous avons essayé d'expérimenter avec des vases exactement clos à

l'aide d'un capuchon en caoutchouc ; mais, dans ces conditions, la végétation de l'*Aspergillus* est entravée.

Quoique dans nos expériences la consommation du liquide Raulin ne soit pas en proportion absolue avec la végétation du mycelium, elle est cependant dans une proportion relative, c'est-à-dire, que dans les vases témoins la consommation du liquide est beaucoup plus considérable que dans les vases en expérience. Nous ne tiendrons pas autrement compte de ce moyen de démonstration.

On verra encore dans les expériences que nous allons rapporter, que l'évolution de l'*Aspergillus* subit un retard plus ou moins considérable dans son développement par le fait de la présence du nitrate d'argent.

1^{re} EXPÉRIENCE (BOITES DE PETRI). (9 décembre 1902).

Les boîtes sont préparées comme d'ordinaire ; nous avons trois témoins, et en plus les 1^{re}, 2^e, 3^e, 6^e, 12^e et 30^e dilutions les boîtes sontensemencées chacune avec trois gouttes d'une solution d'*Aspergillus niger* dans le liquide Raulin. La première et la deuxième sont restées entièrement stériles, la troisième a présenté une végétation de mycelium extrêmement petite, et n'a présenté quelques sporanges que le septième jour de l'expérience, c'est-à-dire trois jours après les témoins. Les autres dilutions se sont développées assez inégalement : les témoins ont des myceliums plus épais et des sporanges plus abondants.

Voici le résultat des pesées de myceliums entièrement desséchés :

	gr.		gr.
<i>Mycelium.</i>		3 ^e dilution :	
1 ^{re} témoin :	0, 18	6 ^e —	0, 08
2 ^e —	1	12 ^e —	0, 11
3 ^e —	0, 13	30 ^e —	0, 11

En résumé, dans cette première expérience, le témoin qui a le moins végété a donné 0, 13 comme poids du mycelium, tandis que la 12°, la 30° dilution ne sont arrivées qu'à 0, 11. Il est donc incontestable que le nitrate d'argent, même aux doses les plus infinitésimales, a une action sur la végétation de l'*Aspergillus*.

On pourra objecter que la 30° dilution et la 12° ne présentent pas de différence dans leur action, malgré la différence considérable qui existe entre la quantité de sel d'argent présente dans ces deux solutions. Quoique nous ne puissions pas expliquer cette différence nous ne croyons pas qu'elle puisse infirmer le résultat définitif.

II° EXPÉRIENCE (TUBES DE BOREL). 24 février 1903).

Ces tubes, préparés suivant la technique décrite, sont ensemencés avec trois gouttes du liquide contenant l'*Aspergillus*. Deux témoins sont réservés.

Le 27 février 1903, 4^e jour de l'expérience. — 1^{re}, 2^e et 3^e absolument stériles ; la 6° dilution présente un nuage de mycelium, la 12° et la 30° ne présentent encore rien. Les deux témoins présentent un nuage de mycelium comparable à la 6°.

Le 28, 5^e jour, les deux témoins présentent un disque fort épais de mycelium ; la 1^{re} et 2^e toujours stériles ; la 3^e dilution quelques granulations de mycelium. La 6° dilution est semblable aux témoins. La 12° et la 30° sont moins avancées.

Le 1^{er} mars, 6^e jour. — Les deux témoins très sporulés avec de grosses masses de mycelium. La 6° dilution commence à sporuler. Le 12° et la 30° ne présentent pas encore de mycelium réuni en voile ; ils ont seulement une teinte laiteuse.

Le 2, 7^e jour. — Les deux témoins ont beaucoup végété, la 1^e dilution seule est stérile. La 2^e dilution (au 10/1000) présente quelques traces de mycelium, ce que je n'avais encore jamais vu. La 3^e sporule. La 12^e et la 30^e sont parties et présentent un anneau de mycelium.

Le 3, 8^e jour. — La 2^e présente quelques sporanges. La 3^e et la 6^e entièrement sporulées. La 12^e quelques sporanges. La 30^e n'en présente point. Les témoins sont très florissants.

Le 4, 9^e jour. — La 12^e a augmenté ses sporanges et la 30^e en présente quelques-uns.

La simple apparence des cultures nous aurait fait penser que la 6^e dilution avait végété autant que les témoins ; mais la balance est venue donner la signification exacte de cette expérience.

Voici maintenant le tableau de ces diverses opérations.

<i>Liquides.</i>		<i>Mycelium.</i>	
	gr.		gr.
1 ^{er} témoin :	17, 50	1 ^{er} témoin :	0, 77
2 ^e —	17, 50	2 ^e —	0, 76
1 ^{re} dilution :	21, 50	1 ^{re} dilution :	0
2 ^e —	21, 20	2 ^e —	0, 20
3 ^e —	17, 70	3 ^e —	0, 50
6 ^e —	18, 70	6 ^e —	0, 55
12 ^e —	19, 20	12 ^e —	0, 55
30 ^e —	20, 50	30 ^e —	0, 45

Les détails de cette expérience montrent l'action retardante du nitrate d'argent sur la végétation de l'*Aspergillus*, puisque les témoins ont commencé à sporuler un, deux et même trois jours avant les boîtes en expérience.

Mais ce qui est absolument démonstratif c'est la différence de poids des myceliums développés dans les tubes témoins, et des myceliums développés dans les tubes en

expérience. Le second témoin avait produit un champignon pesant 0, 76 ; le plus haut poids du champignon recueilli dans les tubes en expérience a été 0, 55, différence considérable.

Le poids des liquides démontre aussi l'action du nitrate d'argent sur la végétation du champignon, les deux témoins n'ayant plus que 17 gr. 50 de liquide, tandis que les boîtes en expérience en avaient encore 20 et 21 grammes. La 3^e dilution seule n'avait plus que 17 gr. 70, ce qui la rapprochait beaucoup des témoins. Mais, nous le répétons, pour le poids des liquides il faut nécessairement tenir compte de la différence dans l'évaporation ; différences variables avec la fermeture des boîtes de Petri et des tubes de Borel.

III^e EXPÉRIENCE (BOÎTES DE PETRI). (19 avril 1903).

L'ensemencement est emprunté à des cultures d'*Aspergillus* datant l'une du 24 février, l'autre du 1^{er} avril. Ces cultures sont mélangées dans du liquide Raulin et filtrées sur papier ordinaire. Six boîtes de Petri reçoivent la 1^{re}, 2^e, 3^e, 6^e, 12^e et 30^e dilution de nitrate d'argent ; trois témoins sont réservés. Chaque boîte reçoit X gouttes de liquide filtré d'*Aspergillus*.

22 avril, 4^e jour. — Des nuages blancs très légers annoncent la formation du mycelium dans les trois témoins et les 6^e, 12^e et 30^e dilution. Les trois premières dilutions restent stériles.

Le 25, 7^e jour. — Un des témoins commence à sporuler, la 1^{re}, 2^e et 3^e dilution sont toujours stériles ; le mycelium s'est accru dans la 6^e, 12^e, 30^e. La 12^e semblait la moins développée.

Le 26, 8^e jour. — Toutes les préparations sporulent, excepté les trois premières dilutions toujours stériles.

Les jours suivants l'évolution se complète : toutes les préparations sont plus ou moins sporulées, les trois premières restent stériles.

Le 1^{er} mai, 13^e jour. — Les myceliums sont retirés des boîtes et mis à dessécher quarante-huit heures sur une feuille de papier et, une fois la dessiccation obtenue, on procède à la pesée.

<i>Poids du mycelium.</i>		<i>Poids des liquides.</i>	
	gr.		gr.
1 ^{er} témoin :	0, 29	1 ^{er} témoin :	1, 20
2 ^e —	0, 23	2 ^e —	2
3 ^e —	0, 24	3 ^e —	2
30 ^e dilution :	0, 10	30 ^e dilution :	4, 20
12 ^e —	0, 10	12 ^e —	7, 30
6 ^e —	0, 04	6 ^e —	5, 50
3 ^e —	0	3 ^e —	12
2 ^e —	0	2 ^e —	11, 50
1 ^{er} —	0	1 ^{er} —	13, 50

Réflexion. — La pesée des liquides présentent des irrégularités qui s'expliquent par la différence dans l'évaporation des liquides en expérience. Néanmoins, d'une manière générale, les résultats du poids des liquides démontrent l'action des dilutions de nitrate d'argent, puisque dans les trois premières dilutions qui sont stériles les boîtes de Petri contiennent encore 12 grammes, que la 30^e dilution qui n'a conservé que 4 gr. 20 est encore supérieure du double à la quantité contenue dans les témoins qui s'élèvent seulement à 2 grammes. D'où on peut conclure que les boîtes où l'on a ajouté le nitrate d'argent même à doses infinitésimales ont moins végété

puisque l'*Aspergillus* y a consommé beaucoup moins de liquide Raulin.

Quant au poids du mycelium il constitue une démonstration mathématique de l'action empêchante du nitrate d'argent, même à dose infinitésimale sur les végétations de l'*Aspergillus*. En effet, le témoin qui a le moins végété a cependant produit 0,23 de champignon, tandis que la 30° dilution et la 12° n'en ont produit que 0,10 et la 6° seulement 0,04.

On objectera peut-être que la 30° et la 12° dilution ont produit la même quantité de mycelium, ce qui ne devrait pas être puisque la 12° dilution de nitrate d'argent contient beaucoup plus de substance que la 30°. Nous répondrons à cette objection ce que nous avons déjà eu l'occasion de dire, c'est que, quand on opère sur des êtres vivants, il est impossible d'obtenir des résultats absolument identiques ; et s'il fallait une preuve, nous la trouverions dans le résultat fourni par les témoins qui, tous trois, dans des conditions aussi semblable, que possible ont produit l'un 0,23 l'autre 0,24 et le dernier 0,29 de champignon.

IV° EXPÉRIENCE (TUBES DE BOREL) 19 avril 1903

Ces tubes ont étéensemencés avec la même culture d'*Aspergillus* que les boîtes de Petri de l'expérience précédente.

C'est le quatrième jour aussi que le mycelium a commencé à se montrer.

Les témoins ont commencé à sporuler le septième jour, comme dans l'expérience précédente; la 6° et la 30° dilution également; la 12° dilution, beaucoup moins avancées n'a commencé à sporuler que le huitième jour.

Comme dans l'expérience précédente, les trois premières dilutions restent absolument stériles.

Les myceliums sont pesés après quarante-huit heures de dessiccation :

<i>Poids des myceliums</i>		<i>Poids des liquides</i>	
1 ^{er} témoin.....	0,30	1 ^{er} témoin.....	16 gr.
2 ^e —	0,30	2 ^e —	15,50
3 ^e —	0,30	3 ^e —	16,50
30 ^e dilution.....	0,20	30 ^e dilution....	17 gr.
12 ^e —	0,15	12 ^e —	16,50
6 ^e —	0,12	6 ^e —	18,50
3 ^e —	0	3 ^e —	20,50
2 ^e —	0	2 ^e —	20,50
1 ^{re} —	0	1 ^{re} —	21 gr.

Réflexions. — Constatons d'abord que la quantité du liquide Raulin, après l'expérience, est de beaucoup supérieure, à celle observée dans les boîtes de Petri, puisque les témoins n'avaient plus que 2 grammes de liquide, tandis qu'il en restait 16 grammes dans les tubes de Borel. Cette différence tient à ce que les boîtes des Petri sont seulement fermées par leur couvercle, tandis que les tubes de Borel sont bouchés beaucoup plus hermétiquement par de l'ouate.

C'est pour la même raison qu'il y a aussi moins de différence dans les quantités de liquide resté dans les tubes en expérience.

Quant aux pesées de mycelium, elles sont d'une régularité qui donne aux résultats de cette expérience la valeur d'une démonstration mathématique.

V^e ET VI^e EXPÉRIENCES

Nous ne donnerons pour ces expériences que le résultat final : dans ces expériences, le mycelium a été contaminé

par le *mucor mucedo*, de plus les pesées ont été faites avec le mycelium incomplètement desséché. Les résultats seront donc différents de ceux de la dernière expérience et cependant la différence proportionnelle de ces poids démontrera encore l'action du nitrate d'argent.

<i>Poids du mycelium</i>		<i>Poids du liquide</i>	
	gr.		gr.
1 ^{er} témoin	0,35	1 ^{er} —	16,90
2 ^e —	0,32	2 ^e —	18,30
3 ^e —	0,43	3 ^e —	17,30
30 ^e dilution	0,26	30 ^e dilution . . .	18, 20
12 ^e —	0,30	12 ^e —	17,70
6 ^e —	0,21	6 ^e —	17,10
3 ^e —	0	3 ^e —	22,10
2 ^e —	0	2 ^e —	17,50
1 ^{er} —	0	1 ^{er} —	22,00

Réflexions. — Les quantités de champignons produits dans les tubes témoins sont supérieures de plusieurs centigrammes (de 2 à 13) aux poids des champignons produits dans les vases contenant le nitrate d'argent en dilution. Quant au liquide, quoique certains poids, comme celui de la 30^e dilution, qui s'élève à 18 gr. 20, semble paradoxal, le poids des liquides dans les trois premières dilutions, qui n'ont pas végété du tout reste supérieur de 4 à 6 grammes au liquide des témoins.

Quant au mycelium, le poids de la 12^e dilution est encore inférieur au mycelium du 2^e témoin de 6 centigrammes.

VII^e EXPÉRIENCE

Dans cette expérience nous avons pris 11 boîtes de Pétri, trois témoins, et huit boîtes pour les 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e, 5^e, 6^e, 12^e, 30^e dilutions. L'ensemencement a été, à l'ordinaire,

mais avec X gouttes de liquide filtré. Les cinq premières dilutions sont restées absolument stériles jusqu'au dixième jour où deux petits amas de mycelium se sont montrés dans la 5^e dilution six jours après les témoins. Les myceliums desséchés pendant trois jours ont donné les poids suivants :

	gr.		gr.
1 ^{er} témoin.....	0,38	30 ^e dilution....	0,22
2 ^e —	0,41	12 ^e —	0,22
		6 ^e —	0,26
3 ^e —	0,43	5 ^e —	0,07
		4 ^e dilution entièrement stérile	
		3 ^e —	
		2 ^e —	
		1 ^{er} —	

On pourra encore remarquer dans cette expérience que les résultats ne présentent pas des proportions mathématiques, ainsi il y a un témoin qui a produit 0,43 de champignon et l'autre 0,38, la 12^e et la 30^e dilution ont fourni le même poids de mycelium 0,22 et, ce qui est plus paradoxal encore, la 6^e a fourni 0,26. A quoi nous répondons que les organismes vivants n'obéissent jamais d'une manière absolument égale, aux causes physiques et chimiques et que c'est là la source des irrégularités présentées dans nos expériences.

VIII^e EXPÉRIENCE

Nous avons voulu voir si le collargol modifiait la végétation de l'*Aspergillus*, comme le nitrate d'argent. Dans cette expérience nous avons procédé comme pour la précédente, en remplaçant les dilutions de nitrate d'argent par la dilution de collargol.

Voici les résultats de cette expérience :

	gr.
1 ^{er} témoin.....	0,57
2 ^e —	0,57
3 ^e —	0,62
30 ^e dilution....	0,46
12 ^e —	0,43
6 ^e —	0,43
5 ^e —	0,43
4 ^e —	0,24
3 ^e —	0,03
2 ^e —	stériles
1 ^{re} —	—

La 3^e dilution, on le voit, a produit un champignon pesant 0,11 de moins que le témoin le plus pauvre. Mais l'action du collargol a été, dans cette expérience, moins énergique que celle du nitrate d'argent, puisque ce sont seulement les deux premières dilutions qui ont restées stériles, et que les autres ont produit un poids de mycelium deux fois plus fort que celui obtenu avec le nitrate d'argent.

Conclusions. — Ces expériences constituent une démonstration mathématique de l'action d'une 30^e dilution sur un organisme vivant. Nous disons démonstration mathématique, parce que les expériences ont été faites dans des conditions identiques, et que les résultats ont été établis par la balance.

C'est la première fois que l'action de doses infinitésimales est démontrée par les procédés de laboratoire.

Nous rappelons à nos pharmaciens que les triturations d'argent sont très inégales, et qu'ils ont dans l'*Aspergillus* un réactif qui leur permettra de déceler la présence de

l'argent jusque dans la 30^e dilution. J'exprime le vœu que des travaux analogues soient entrepris pour d'autres substances médicamenteuses.

(Travail du laboratoire de l'hôpital St-Jacques).

D^r P. JOUSSET.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

CANCER MÉLANIQUE PRIMITIF DU FOIE

La nommée X... âgée de 45 ans, domestique, entre le 25 janvier 1903, chambre n° 4.

Père et mère morts; la malade ne peut préciser de quoi.

N'a jamais été malade.

Début. — La malade entre à l'hôpital Saint-Jacques, le 25 janvier, envoyée avec le diagnostic de coliques hépatiques.

A ce moment, elle se plaint de douleurs vagues dans la région lombaire, de malaise général; l'appétit est diminué. Elle présente une teinte subictérique très légère; la palpation du foie n'est pas douloureuse.

A l'examen, foie gros débordant les fausses côtes; autres organes normaux.

Urines. — Ni albumine, ni sucre (1 litre environ en 24 heures).

La malade, au lieu de se remettre d'un état que l'on croyait passager, perdait de jour en jour ses forces; les douleurs lombaires augmentaient, leur siège devint plus précis et la malade ne put plus quitter son lit.

1

A ce moment (15 jours après son entrée) l'examen donne les résultats suivants :

Cœur, poumons. — Rien.

Foie : Très gros, débordant de quatre travers de doigts environ le rebord des fausses côtes : légèrement douloureux à la percussion et à la palpation.

Rate. — Grosse.

Urines. — Peu abondantes, foncées, chargées d'acide urique; ni albumine, ni sucre.

Pas de changement des voies digestives; la malade mange un peu, ne vomit pas, n'a ni constipation ni diarrhée.

Voies génitales. — La malade est vierge et déclare n'avoir jamais éprouvé aucun trouble.

Cependant, elle raconte qu'au début de l'année 1900, elle constata un ictère subit, qui dura trois mois; la malade à ce moment ne ressentit aucune douleur et put continuer son travail. Elle ne consulta pour cela aucun médecin. Depuis, elle fut deux ou trois fois reprise d'ictère léger et très passager. A part ces symptômes vagues, mal définis par la malade, le reste des fonctions semblent s'être comporté normalement.

La ménopause, survenue il y a quelques mois, n'a été accompagnée d'aucun phénomène morbide.

Le 27 février, on constate au membre inférieur gauche un œdème mou, pâle, arrivant en deux jours à donner au membre le double de son volume, non douloureux.

Puis, les jours suivants, le membre droit se prit plus lentement et l'œdème à gauche envahit petit à petit la paroi abdominale.

A ce moment, le foie est douloureux à la pression : les douleurs lombaires persistent; la malade est très faible,

mange un peu et se cachectise. Le diagnostic ferme de *cancer du foie* est porté. L'ictère a augmenté.

Depuis, l'état général alla rapidement en s'affaiblissant et la malade est morte le 22, après trois jours d'agonie, sans que de nouveaux phénomènes soient apparus.

Autopsie. — Aspect extérieur, œdème dur des membres inférieurs et de l'abdomen.

Couche adipeuse de 2 centimètres.

Etat normal des muscles.

Poumon gauche. — Adhérences de la partie supérieure du poumon à la paroi thoracique. Pleurésie fibrineuse interlobulaire récente. Bords du poumon emphysémateux. Lobe inférieur parsemé de granulations, blanc-grisâtre, du volume d'une tête d'épingle à une petite lentille, s'écrasant au toucher, ne pénétrant pas dans le parenchyme pulmonaire.

A la palpation, pas de noyaux indurés.

A la coupe, lobe supérieur, œdème ; le parenchyme pulmonaire peu coloré est imprégné d'un liquide verdâtre. Pas de tubercules.

Lobe inférieur. — Œdème léger et congestion. Poids 575 grammes.

Poumon droit. -- Lobe supérieur et moyen emphysémateux. Mêmes granulations qu'au poumon gauche, mais épaisses, larges de 2 centimètres à 0 millim. 9 environ, siégeant sur le lobe inférieur seul et rappelant les végétations syphilitiques, s'écrasant sous le doigt. Pas de tubercules.

A la coupe, lobes supérieurs et moyens, œdème ; lobe inférieur, œdème et congestion. Poids 600 grammes.

Cœur. — Surcharge graisseuse abondante.

Cœur droit. — Parois très minces ; valvule normale.

Cœur gauche. — Normal.

Poids du cœur, 320 grammes.

Aorte. — Pas d'athérome. Ecchymoses autour de la naissance des collatérales, à la tunique externe, dans toute la partie thoracique et dans une étendue de 2 à 3 centimètres de la partie abdominale.

Rate. — Volumineuse, ferme, couleur normale, on voit disséminé à la surface 5 ou 6 noyaux blanc-grisâtre, mous, s'énucléant facilement, présentant un état de ramollissement plus ou moins avancé, allant pour l'un d'eux jusqu'au ramollissement complet. A l'intérieur, mêmes noyaux en plus grand nombre. Poids 520 grammes. Deux des noyaux en voie de ramollissement sont parsemés d'un tissu noirâtre, rappelant assez bien les zones d'infarctus, et qui semblent être du cancer mélanique.

Foie. — Poids 4 250 gr. Couleur grisâtre. Présente des plaques blanches dans toute son étendue ; ces plaques blanches correspondent à des noyaux ramollis se laissant facilement énucléer, semblables à ceux rencontrés dans la rate. Vésicule normale, se laisse décortiquer facilement.

Reins normaux. — Poids total 310 grammes.

Estomac et intestins sont sains.

Utérus. — Petit, libre d'adhérences. Col et corps fibreux (?)

Péritoine. — Parsemé de granulations.

Un peu d'ascite.

Mésentère granuleux.

Le long de la colonne vertébrale à gauche on constate depuis le milieu de la colonne dorsale, que les ganglions prévertébraux sont hypertrophiés, durs et noirâtres. Le long de la gaine du psoas gauche, on trouve une chaîne de

ganglions de même nature, plus volumineux, rappelant l'aspect de truffes ; cette chaîne est sus-aponévrotique, composée surtout de trois masses principales. Les ganglions du pli de l'aîne à gauche sont pris.

Réflexions. — Cette observation n'a qu'un intérêt pathologique. C'est un exemple incontestable du développement primitif de la forme mélanique du cancer dans le foie. En effet, ni pendant la vie, ni après la mort nous n'avons pu constater l'existence de tumeur mélanique. La peau et l'œil qui sont les sièges habituels de ce cancer, ont été examinés avec le plus grand soin.

D^r P. JOUSSET.

MÉDECINE PRATIQUE

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

La lutte contre la tuberculose a atteint de notre temps un degré d'activité tout à fait remarquable. Dans tous les pays, le corps médical et les administrations réunissent leurs efforts pour lutter contre le fléau. Chaque jour des appels sont adressés non seulement aux médecins, mais à tous les hommes de bonne volonté pour organiser la prophylaxie et le traitement des tuberculeux.

Ces appels ont été entendus, personne n'a refusé son concours, et cependant on peut dire qu'en France surtout, les résultats ont été bien minces, comparés à tant d'efforts.

Le discours du professeur Brouardel à la réunion du Bureau international de la tuberculose, le 5 mai dernier,

résume à la fois et les efforts entrepris par les différentes nations et les résultats obtenus. La statistique produite par le professeur Brouardel nous donne les chiffres suivants : en France, dans la période de 1885-90, la mortalité atteignait 48/10.000. En 1890, elle atteignait 515/10/10.000 ; en 1895, elle était retombée à 45/10.000, en 1900 à 43, en 1901 à 40.

En Angleterre, la mortalité était en 1875 de 30/10.000, en 1900 et 1901, elle n'est que de 19/10.000

La Prusse qui, en 1880, atteignait 33/10.000, est arrivée en 1901 à 20/10.000.

Il résulte de cette statistique que c'est en Prusse et surtout en Angleterre où on est arrivé aux résultats les plus favorables, puisque la mortalité est parvenue à 19 et 20, tandis qu'en France elle est encore de 40.

Nous voulons, à propos de cette communication de M. Brouardel, rechercher à quelles circonstances on doit attribuer le nombre relativement faible des phthisiques en Angleterre, et montrer que si les résultats de l'effort immense tenté contre la tuberculose ont été jusqu'ici si minimes, c'est qu'on s'est laissé égarer par la fantasmagorie de la contagion, au lieu de concentrer tous les efforts pour rendre l'organisme en état de résister à l'action du microbe pathogène, son hôte habituel.

Il est facile, en effet, d'éditer des règlements sur la désinfection, sur l'interdiction de cracher dans les lieux publics, sur la nécessité des crachoirs et de l'isolement des tuberculeux ; mais il est beaucoup plus difficile d'édifier des maisons ouvrières où l'air et la lumière pénètrent par de larges ouvertures, de procurer au travailleur une alimentation suffisante, de lui épargner le surmenage, et de le garder de l'alcoolisme, causes de tuberculose mille fois

plus énergiques que toutes les poussières tuberculeuses.

Nous croyons qu'il est temps d'envisager la prophylaxie de la tuberculose par son côté véritablement scientifique, de se débarrasser de légendes et de préjugés, de cesser de combattre les fantômes pour s'occuper de la réalité, et c'est alors que nous arriverons à des résultats véritablement importants.

La première chose, avons-nous dit, c'est d'abandonner résolument l'erreur de la contagion, c'est ensuite d'étudier les moyens hygiéniques dirigés contre la tuberculose, et d'apprécier la valeur de chacun d'eux.

Ce n'est pas le lieu de traiter en détail ce problème de la contagion, que nous avons maintes fois exposé, mais cependant il est nécessaire d'en rappeler les grandes lignes.

La tuberculose est une maladie éminemment transmissible par les *procédés de laboratoire*, la transmission dans la vie sociale est nulle.

Les moyens de laboratoire, qui transmettent la tuberculose aux animaux prédisposés sont l'inoculation du microbe de Koch à l'état de culture pure ou contenu dans les produits pathologiques, que cette inoculation soit sous-cutanée, intra-péritonéale, intra-veineuse, ou même que les poussées soient insufflées directement dans la trachée.

La transmission est encore certaine lorsque les produits tuberculeux suspendus dans un liquide sont pulvérisés dans l'atmosphère. Ce mode de transmission paraît être même plus énergique que l'inoculation, puisque des chèvres ont été contaminées par cette technique.

Vient ensuite la transmission par voie stomacale, mais ce dernier mode exige une quantité très notable de bacilles et une grande prédisposition de l'individu.

Or tous ces modes de transmission sont absolument des procédés de laboratoire, totalement étrangers à la vie sociale, en sorte que j'ai pu dire que la tuberculose n'était point une maladie contagieuse dans le sens classique de ce mot, quoiqu'elle fut facilement transmissible par les procédés de laboratoire.

Ajoutons, pour être complet, qu'il y a des circonstances où la tuberculose est inoculée à l'homme : ces circonstances sont surtout les piqûres anatomiques ou chirurgicales, la circoncision rituelle, et quelques accidents, dus au passage du bacille de Koch contenu dans la bouche de certain malade, dans une érosion d'un sujet récepteur.

Les piqûres anatomiques et chirurgicales sont le plus souvent stériles ou restent localisées ; la circoncision rituelle seule, par l'étendue de la plaie infectée, a produit des accidents très graves de tuberculose généralisée (1).

Dans notre mémoire sur la tuberculose, nous avons prouvé que la phtisie n'était contagieuse ni par les ingesta ni par la respiration, ni par la cohabitation.

La transmission de la tuberculose par le lait est encore, pour beaucoup de médecins un fait indiscutable, et cependant jamais cette contagion n'a été démontrée chez l'homme, mais il n'y a pas de démonstration : nombreuses sont les légendes et les anectodes depuis le chat angora de M. Nocard jusqu'aux 13 pensionnaires de Chartres. On se rappelle encore l'émotion causée par la communication de M. Ollivier à l'Académie (Bulletin, T. XXV, page 288), dans laquelle il affirmait que treize jeunes

(1) Voir *La tuberculose, contagion, hérédité* (page 40 et suivantes).

filles d'une pension de Chartres avaient succombé à la tuberculose après avoir usé du lait d'une vache dont les mamelles ont été à l'autopsie reconnues tuberculeuses.

« Voilà, certes, dit M. Ollivier, une démonstration catégorique de la transmission de la tuberculose par le lait. » Or, à la séance suivante, M. Ollivier était obligé de rectifier sa communication et de déclarer qu'aucune des élèves tuberculeuses n'avait fait usage du lait de la vache, atteinte de pommelière.

Ce qui n'empêche pas que la première communication de M. Ollivier ait passé sans rectification dans les traités de médecine contemporains. Et voilà comment on écrit l'histoire !

Cette croyance à la transmission de la tuberculose par le lait n'aurait pas le seul inconvénient de ne nous faire user que de lait bouilli, de beurre et de fromage fait, elle en a un autre beaucoup plus considérable, c'est de ne donner aux nourrissons qu'un lait dénaturé par la cuisson, moins propre à la nourriture que le lait naturel, et produisant assez souvent encore la maladie de Barlow.

Quant à la transmission de la tuberculose par la viande dont M. Butel, au Congrès de 1888 disait que « le danger était formidable », les Allemands y ont répondu en laissant des populations entières user de viande provenant de vache tuberculeuse, sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient (Straus, page 658 à 659).

Il est donc inutile de sacrifier des sommes énormes pour indemniser les cultivateurs qui portent au marché des viandes tuberculeuses.

Transmissibilité par la respiration. — Personne ne soutient que la respiration de phtisiques pouvait transmettre la tuberculose ; il est démontré, en effet que l'air expiré

des malades porteurs de cavernes ne contient jamais de bacille, mais par contre le grand cheval de bataille de contagionnistes est toujours la transmission du bacille de Koch par la respiration d'un air chargé de poussières tuberculeuses. Et cependant, les expériences démontrant l'inocuité de la respiration d'une atmosphère chargée de poussières tuberculeuses sont très multipliées. Santi-Sirena et Pernice, Celli et Guernieri, surtout Cadeac et Malet ont institué des expériences, entourées de toutes les précautions qu'enseigne la technique des laboratoires; ils les ont multipliées sur des nombres considérables de lapins et de cobayes, et ces poussières tuberculeuses, à la condition d'être respirées librement et naturellement, n'ont jamais transmis la tuberculose chez un cobaye sain. Et, parmi tant d'expériences, aucune n'est contradictoire; les résultats concluent unanimement à la non transmission de la tuberculose par la respiration de poussières, contenant le bacille de Koch.

Je n'ignore pas cependant que Cornet (de Berlin), a prétendu établir la transmission de la tuberculose chez des cobayes par la respiration de poussières contenant le bacille de Koch. Mais indépendamment que la technique employée par cet expérimentateur n'est pas suffisamment décrite, que nous y voyons cependant que certains cobayes furent soumis à l'inhalation directe de l'air chargé de poussières, que d'autres ont pu déglutir cette poussière qui couvrait le sol, en outre cette expérience prouve surtout que si les cobayes sont devenus tuberculeux, M. Cornet a échappé à la contagion quoique, malgré les précautions minutieuses employées par lui, ses fosses nasales contenaient un grand nombre de bacilles de Koch.

Flügge n'admet de contagion possible chez l'homme que par le spray produit par les malades en toussant, d'où la conclusion qu'on évitera sûrement les transmissions de la tuberculose en obligeant le malade à mettre la main devant leur bouche, quand ils toussent.

On le voit, la fameuse transmission de la tuberculose par les poussières tourne à la plaisanterie.

Cohabitation. -- L'examen critique de toutes les circonstances étiologiques réunies sous le nom de *cohabitation* : infirmiers de sanatorium, caserne, collège, ateliers et mariage, démontre la fausseté de l'opinion aujourd'hui si répandue de la contagion de la phtisie par cohabitation.

Dans les sanatoria des enquêtes sur les hôpitaux de phtisiques depuis Brompton jusqu'à Villepinte, sans oublier Davos, Leysin, Falkenstein et Gørbersdorf, ont démontré l'absence de transmission de la tuberculose au corps médical et aux infirmiers. Une statistique que nous a communiquée le Dr Kelsch, reproduite dans notre mémoire sur la tuberculose, démontre que dans l'armée les infirmiers militaires ou lieu d'être les privilégiés de la phtisie, occupent un rang moyen comme mortalité de la tuberculose.

Faut-il rappeler encore l'immunité relative des habitants de localités où les tuberculeux viennent passer leur saison ; les statistiques faites à Soden, à Madère et l'établissement du Dr Lauth devant l'immunité absolue des habitants d'un village de Suisse fréquenté depuis dix ans par les tuberculeux (et cependant les crachoirs y sont inconnus !) achèvent de démontrer la non contagion de la phtisie par cohabitation.

Nous avons publié 134 observations de mariage démontrant que la phtisie des deux époux constitue une rareté et encore que la plupart du temps la tuberculose double trouve sa raison d'être dans l'hérédité. On ne peut penser en effet qu'un homme et une femme, de souche tuberculeuse, puissent acquérir l'immunité contre cette maladie par le mariage.

Je sais qu'on rencontre fréquemment des gens du monde et des médecins qui affirment la contagion de la phtisie dans le mariage, mais les affirmations, pas plus que les légendes, ne doivent prendre place dans la solution des problèmes scientifiques. Enfin, j'ajouterai à ma statistique propre celle de Ricochon, qui rapporte 50 cas de mariage où un époux tuberculeux n'a pas transmis la maladie à son conjoint. Notre ami et ancien collègue Empis affirme que, dans sa longue carrière, il n'a jamais observé la transmission de la phtisie entre conjoints, en l'absence de toute tare héréditaire et il est dans la vérité.

Non seulement l'erreur étiologique de la contagion de la phtisie dans la société détourne contre une chimère une grande partie des forces qui combattent dans la lutte contre la tuberculose ; mais elle aggrave considérablement la position des tuberculeux ; on les éloigne de la famille, on les chasse de l'atelier, du collège et de la domesticité, et pour peu qu'on excite encore par ces idées fausses de la contagion le sentiment égoïste et honteux de la peur, si naturelle à notre humanité, on rééditera bientôt dans nos sociétés le fameux édit du roi de Naples prescrivant la séquestration des phtisiques, la destruction par le feu de leurs meubles et de leur habitation, la peine des galères et d'une forte amende pour les médecins qui ne dénonceraient pas les phtisiques.

Ajoutons que ce fameux édit n'a pas diminué d'une unité la mortalité par la phtisie dans la ville de Naples.

Maintenant que nous nous sommes efforcé de débayer le terrain étiologique de la tuberculose, il nous sera plus facile d'exposer les règles de la prophylaxie.

Jusqu'ici toutes les tentatives faites pour procurer aux animaux l'immunisation contre la tuberculose ont échoué. Les quelques faits de cobayes immunisés qu'on rencontre de temps à autre dans la littérature médicale sont des erreurs, pour ne pas dire autre chose. D'autre part, les recherches d'anatomie pathologique ont démontré que presque tous les hommes portaient en eux le bacille de Koch. Les médecins d'enfants ont signalé la présence de ce bacille dans les ganglions lymphatiques de la plupart de leurs autopsies. Voulland a démontré que sur 100 enfants, 96 portaient des ganglions inoculables aux cobayes.

Donc, nous sommes tous ou presque tous tuberculeux.

La première conséquence de ce fait, c'est que nous n'avons pas à nous préoccuper de la transmission de la tuberculose par nos semblables, puisque nous la portons en nous.

La seconde conclusion, c'est que sur ces 96 enfants tuberculeux, un grand nombre ne présentent jamais d'affections viscérales importantes, et peuvent parcourir une longue carrière sans voir jamais le microbe de Koch passer de l'état latent à l'état pathogène.

D'où la conclusion que la prophylaxie véritablement efficace consiste à maintenir l'organisme dans un état tel qu'il constitue un terrain impropre au développement de la tuberculose et que le bacille ne passe jamais à l'acte.

Nous savons, d'autre part, que les habitations insa-

lubres, la nourriture insuffisante, le surmenage, qu'il vienne du travail ou des passions, l'alcoolisme surtout, sont des agents efficaces du développement de la tuberculose. D'où il est facile de conclure que des habitations aérées et ensoleillées, nourriture suffisante, absence de surmenage, abstinence d'alcool, ajoutons à ces moyens l'habitude des sports et des bains qui tiennent la peau en état et constituent un ensemble de moyens qui doivent assurer un heureux résultat à la lutte contre la tuberculose.

Ajoutons que le médecin n'ignore pas que la rougeole, la coqueluche, la grippe et le diabète constituent des circonstances très favorables au développement de la tuberculose ; il aura donc à redoubler de soin dans la convalescence des maladies que nous venons de citer et pendant le cours du diabète.

Il est facile d'édicter des règlements pour empêcher de cracher dans les rues, pour prescrire des crachoirs hygiéniques, de multiplier les mesures de désinfection, de conseiller de faire bouillir le lit, de faire frire le beurre et de faire cuire le fromage, de continuer à répandre dans la société la crainte exagérée d'une contagion qui n'existe pas, cela est facile, disons-nous, peu dispendieux, mais sans influence aucune sur la tuberculose.

Une œuvre extrêmement difficile, mais qui seule pourra diminuer le nombre des tuberculeux, consiste dans les grandes mesures d'hygiène conduisant à la construction de logements salubres et qui, grâce aux grandes facilités de communications, peuvent être établies loin des centres populeux et en pleine campagne. Poursuivre les réformes sociales qui concluent à donner à l'ouvrier une nourriture suffisante et le repos nécessaire, se décider enfin à atta-

quer ce vice honteux d'alcoolisme qui détruit et abrutit notre race, non par des associations sans résultat et par des discours plus vains encore, mais par la proscription absolue des alcools et la diminution considérable de ces établissements, où se débitent sur le zinc tant de liqueurs frelatées.

Qu'on imite la Norvège, qu'on supprime dans les campagnes cette fabrication de mauvaise eau-de-vie qui met l'alcoolisme à la portée de tous, qu'il soit défendu de vendre des alcools au détail et notre pays échappera, comme la Norvège l'a fait à la plaie de l'alcoolisme. Voilà des réformes autrement difficiles que celles des crachoirs, mais qui, certainement jouissent, d'une efficacité profonde dans la lutte contre la tuberculose.

D^r P. JOUSSET.

PATHOLOGIE INTERNE

LES SPLENOMÉGALIES MÉTA-ICTÉRIQUES.

Parmi les affections qui composent la famille biliaire, nous avons, à plusieurs reprises, signalé les splénomégalias méta-ictériques. Nous en apportons aujourd'hui une étude complète, en nous basant sur les faits cliniques et anatomiques que nous avons pu suivre; ils montrent le rôle joué par les maladies des voies biliaires dans la production des splénomégalias en apparence primitives, et permettent de préciser la nature et le mode de production de ces splénomégalias (1).

(1) Communication faite à la séance de 5 juin de la *Société médicale des hôpitaux*.

ÉTILOGIE ET SYMPTOMATOLOGIE. — On retrouve ici les mêmes antécédents familiaux et personnels que dans les autres affections qui composent la famille biliaire. Nous n'insisterons donc pas. On ne relève, en dehors de l'ictère initial, aucune autre cause importante pouvant expliquer la splénomégalie, et nos malades n'avaient pas eu antérieurement de maladie infectieuse susceptible d'être invoquée dans la genèse de la tuméfaction splénique.

L'ictère antérieur, s'il peut être de date récente, peut également être très ancien. C'est ainsi que, dans un de nos cas, il était de plus de quinze ans antérieur à la constatation de la splénomégalie, la malade n'ayant pas été examinée dans l'intervalle. L'ancienneté explique que rarement cette première phase ictérique ait pu être suivie. Elle n'est, en général, connue que par l'interrogatoire.

Dans un cas où nous avons pu l'observer, le début avait été assez brusque avec courbature générale, démangeaisons, coloration foncée des urines, puis, quelques jours plus tard, ictère généralisé. L'ictère persista sans troubles digestifs, avec alternatives de coloration et de décoloration des matières, avec, par intervalles, petits accès de fièvre intermittente hépatique, avec augmentation progressive du foie et de la rate. Mais, tandis que le foie débordait d'un travers de doigt, la rate était, dès cette période, beaucoup plus grosse, douloureuse et dure. Elle mesurait 20 centimètres de longueur et s'avancait, au niveau de l'ombilic, jusqu'à la ligne médiane. L'ictère s'atténua et disparut au bout de quatre mois; la rate restait grosse, le malade étant, par ailleurs, bien portant.

L'ictère avait donc été assez long. Dans un autre cas, l'ictère dura six mois; dans un troisième, il persista trois

mois. Il semble donc qu'il s'agisse en général d'ictères intenses, plus longs qu'un ictère catarrhal vulgaire (1).

Après cette première phase, un temps plus ou moins long s'écoule pendant lequel le malade, paraissant bien portant, n'est pas examiné; par suite, la splénomégalie n'est pas reconnue. Puis, à l'occasion de symptômes variés (dyspepsie, albuminurie, hématuries, etc.), cet examen est fait, la splénomégalie étant souvent, à tort, considérée comme primitive..

C'est cette *splénomégalie*, en effet, qui frappe au premier examen. Tandis que le foie est peu ou pas augmenté de volume, la rate est nettement hypertrophiée, mais dans des proportions très variables. Chez le malade dont nous avons rappelé l'ictère initial, la rate, trois ans après le début, mesurait encore 20 centimètres de longueur. Chez une autre malade, elle débordait le rebord costal de plus de 10 centimètres, mesurant 22 centimètres dans son grand axe et atteignant le voisinage de l'ombilic (obs. 1). Dans un troisième cas, concernant un malade ictérique six ans auparavant, la rate, développée surtout en hauteur, atteignait presque l'épine iliaque antéro-supérieure. En revanche, dans deux autres faits, la rate, tout en débordant le rebord costal, était beaucoup moins hypertrophiée, mesurant, dans l'un, 17 centimètres (obs. 2), dans l'autre 13 centimètres dans son grand axe (obs. 3). Dans d'autres cas enfin, la splénomégalie était moindre encore, la rate se percevant seulement dans les grandes inspirations, et donnant une matité de percussion moins étendue. Il s'agit

(1) Une de nos malades dit n'avoir eu qu'un ictère léger, mais, chez elle, l'ictère remontait à l'enfance, et elle ne pouvait qu'imparfaitement renseigner sur ses caractères.

alors de faits de splénomégalie méta-ictérique, dans lesquels l'hypertrophie splénique est trop peu marquée pour attirer d'emblée l'attention et permettre l'erreur de diagnostic avec une maladie primitive de la rate. Aussi n'est-ce pas eux que nous visons, dans cette étude.

Ces rates hypertrophiées étaient d'ordinaire indolentes à la palpation. Parfois pourtant les malades ont accusé une sensation de tension douloureuse dans le flanc gauche, pouvant réaliser de véritables *coliques spléniques*, associées ou non à des crises hépatiques. La consistance de la rate était le plus souvent ferme sans être dure ; dans un cas, néanmoins, elle était presque pierreuse, avec péri-splénite vraisemblablement marquée.

En dehors de la tuméfaction splénique, il n'y avait dans nos faits ni ascite, ni circulation supplémentaire abdominale, et le ventre n'était pas déformé par la rate hypertrophiée, ne prenant pas l'aspect du ventre splénique que l'on voit dans certaines cirrhoses biliaires hypersplénomégaliques.

A cette période l'ictère fait défaut et le teint peut être absolument normal. Plus souvent il est jaunet, jaune mat, jaune terreux ou simplement pâle et incapable de rougir, réalisant les divers types de *teint bilieux* ou *cholémique* que nous avons décrits à propos de la cholémie familiale. A ceux-ci peuvent se surajouter ou non les pigmentations, le xanthélasma, les *nævi* capillaires et artériels ; souvent l'examen du facies, en raison de sa pâleur, loin de rappeler l'ictère antérieur, peut à tort faire croire à une anémie symptomatique, à une chlorose ; il en était ainsi dans un de nos cas.

L'examen du sang révèle dans la majorité des cas une *cholémie* nette et parfois assez intense ; deux fois pourtant,

elle fut sinon nulle, du moins peu accusée. Dans un cas, le malade était au lait depuis plusieurs jours; dans un autre, il s'agissait d'une malade agonique, venant d'avoir des hémorrhagies considérables, et chez laquelle, par suite, l'examen n'était pas fait dans des conditions normales.

L'examen des urines ne nous a rien montré de spécial à cet état; dépourvues de pigments biliaires vrais, elles peuvent contenir de l'urobiline, révélatrice de la cholémie existant dans ces faits. Elles étaient dans deux cas légèrement albumineuses, et cette albuminurie était analogue à l'albuminurie intermittente décrite par nous dans la cholémie familiale.

A ces symptômes se joignaient plus ou moins au complet les symptômes secondaires observés par nous dans les maladies de la famille biliaire (dyspepsie, rhumatisme, hémorrhagies, etc.). Nous ne les décrirons pas à nouveau ici, signalant toutefois l'importance des *hématémèses* constatées dans plusieurs cas, et qui, jointes aux douleurs gastriques, souvent accusées par les malades, réalisaient le tableau du pseudo-ulcère stomacal, tel que nous l'avons décrit.

L'évolution de ces splénomégalies méta-ictériques est assez variable. Toutefois, il ne semble pas qu'elle soit très rapidement progressive. La plupart de nos malades avait repris leur vie normale depuis la cessation de l'ictère initial, et, pendant plusieurs années, aucun symptôme n'était venu prouver que cet ictère avait laissé, à sa suite, des lésions en évolution. Toutefois, après un temps plus ou moins long, la mort est survenue dans plusieurs de nos cas. Dans deux d'entre eux, elle a été amenée par des *hématémèses* abondantes, avec ou sans méléna, associées

dans un cas à d'autres symptômes, le syndrome dit de l'ictère grave ayant été réalisé. Dans un autre cas elle fut amenée par une tuberculose ultime. Si donc le pronostic est relativement favorable, les accidents qui peuvent résulter de l'hypertension portale souvent marquée, la notion de l'affection biliaire causale susceptible d'évolution progressive commandant une certaine réserve.

DIAGNOSTIC. — L'existence de splénomégalie, l'absence d'ictère, et au contraire l'aspect anémique du facies, entraînent des erreurs de diagnostic assez fréquentes.

C'est ainsi que l'on a pu croire dans certains cas à une *anémie splénique* avec ou sans cirrhose consécutive. La notion de l'ictère antérieur, l'absence d'anémie ou du moins d'anémie marquée prouvée par l'examen globulaire (qui permet en même temps d'éliminer la leucémie), les symptômes associés, les antécédents familiaux permettent d'éviter la confusion avec les *splénomégalies primitives*, la *lymphadénie splénique aleucémique*, la *maladie de Banti*, dont d'ailleurs la revision nous paraît actuellement nécessaire.

On peut encore penser, en présence de cette splénomégalie, à une *tumeur de la rate*, à un *kyste hydatique* de cet organe, à une *splénomégalie palustre*, à un *sarcome de la rate* ou du rein, à un *sarcome rétro-péritonéal*; nous citons ici des diagnostics portés ou au moins discutés chez certains de nos malades. Il faut également éviter l'erreur avec une *tuberculose primitive de la rate*.

Enfin l'erreur peut porter aussi sur la nature des accidents secondaires, et notamment des hématémèses qui font presque invariablement penser à un *ulcère de l'estomac*. Nous avons, à propos du pseudo-ulcère d'origine biliaire, dit ici même des éléments du diagnostic.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Étude macroscopique. Rate. La rate est toujours hypertrophiée, et son hypertrophie est parfois considérable, puisque dans nos deux premières observations on peut évaluer son poids approximatif à près de un kilogramme pour l'une (obs I), à 500 ou 600 grammes pour l'autre (obs. 2). Dans le cas que nous avons autopsié, son poids, quoique supérieur à la normale, était moindre que dans les cas précédents (255 grammes), mais elle avait considérablement diminué à la suite des hémorrhagies terminales, et devait peser auparavant de 400 à 500 grammes (1); elle était d'ailleurs encore d'aspect rouge et congestif.

Foie. L'aspect, le volume, la consistance, le poids de l'organe étaient normaux dans le cas que nous avons autopsié (2); nous avons toutefois noté la dilatation des voies biliaires extra-hépatiques et le caractère plus apparent des fines voies biliaires intra-hépatiques, sans que ces caractères fussent à faire considérer l'organe comme malade.

Pancréas. Il n'était pas augmenté de volume et paraissait normal dans le cas sur lequel nous pouvons nous baser dans cette étude anatomique.

(1) Pareille diminution de la splénomégalie peut se voir dans les cirrhoses biliaires, et nous avons, à propos des cirrhoses biliaires hypersplénomégaliées, insisté sur la diminution considérable que pouvait subir la rate du fait de ces hémorrhagies; dans un de nos cas, la rate qui arrivait à 4 centimètres de la côte iliaque débordait à peine le rebord costal après ces hémorrhagies, ayant ainsi diminué de plus de moitié.

(2) On conçoit toutefois qu'il puisse être parfois légèrement hypertrophié, ainsi que nous l'avons cliniquement observé dans une de nos observations.

Veine porte. L'examen de la veine porte et de ses branches d'origine montre une dilatation plus ou moins marquée de tout le système porte, mais pouvant prédominer sur certains segments. C'est ainsi que dans notre cas, nous avons constaté une dilatation marquée de la veine splénique tant au hile même de la rate qu'au niveau du pancréas, dilatation qui allait de pair avec la dilatation des veines stomacales et œsophagiennes ayant entraîné l'hémorrhagie terminale.

Les autres organes (cœur, reins, poumons) sont normaux, ou du moins étaient normaux dans le cas que nous avons autopsié.

Étude histologique. Foie. Cette étude révèle des lésions des voies biliaires que ne fait pas prévoir l'examen à l'œil nu.

Les grosses voies sont altérées. Dans notre cas leur paroi conjonctive est épaissie, leur épithélium desquamé ou proliféré. Les lésions sont surtout nettes au niveau du lobe gauche (fig. 1). On y voit les canaux biliaires un peu importants atteints d'angiocholite évidente : ils ont une énorme paroi fibreuse avec végétations saillant dans la lumière du canal et avec, par places, immédiatement sous l'épithélium, infiltration embryonnaire témoignant de l'activité persistante du processus angiocholitique. La zone externe de la paroi fibreuse contient des vaisseaux nourriciers nombreux et apparents. A l'intérieur de la paroi fibreuse l'épithélium tapisse les végétations de cette paroi, prenant ainsi un aspect godronné ; sur certains canaux il est en partie desquamé. Contrastant avec ce canal biliaire, les ramifications veineuses et artérielles sont relativement indemnes.

Les *fines voies*, plus apparentes que normalement à l'œil nu, présente des lésions évidentes quoique discrètes. On y voit un épaississement notable de la paroi fibreuse, au sein de laquelle on retrouve par places une légère infiltration embryonnaire. Cet épaississement a une double conséquence : il rétrécit considérablement la lumière du canal qui, par endroits, a presque disparu (angiocholite oblitérante) ; il entraîne une compression des autres éléments de l'espace et particulièrement des ramifications veineuses. On voit sur certains espaces l'aplatissement de la veine qui prend une forme en croissant témoignant nettement de la compression exercée par le canal (compression qui devait être plus marquée encore pendant la vie).

Au niveau de quelques espaces, la lésion est plus avancée ; on y constate les indices d'une espace portite totale avec oblitération des voies biliaires, des artérioles et des veinules.

Il y a donc des lésions évidentes d'angiocholite chronique ; en revanche on n'observe aucune lésion du parenchyme hépatique même.

Pancréas. — On y trouve des lésions relativement marquées de canaliculite, avec sclérose péricanaliculaire et périlobulaire assez notable rappelant celle que nous avons notée dans d'autres infections biliaires chroniques, et montrant l'infection parallèle du foie et du pancréas.

Rate. — La rate ne diffère pas sensiblement à l'examen histologique d'une rate normale ; la capsule et les travées conjonctives qui en partent peuvent être un peu épaissies comme dans notre cas ; les veines peuvent être dilatées et avoir leur paroi nettement augmentée ; les artérioles enfin peuvent présenter un certain épaississement de leur paroi,

notamment au niveau des corpuscules de Malpighi; ceux-ci ne sont pas augmentés de volume, et la pulpe ne présente pas d'autres lésions qu'une congestion plus ou moins marquée.

Veine porte. — Les origines de la veine porte ne sont pas seulement distendues; on y constate en outre des lésions d'inflammation chronique, et, partout où nous les avons examinées, à l'estomac comme à la rate et au pancréas, nous avons noté un épaissement notable de leur paroi conjonctive.

Les reins sont sains à l'examen histologique.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions constatées permettent d'interpréter les symptômes observés. On ne saurait admettre, dans les faits décrits par nous, l'antériorité de la lésion splénique et l'existence d'une splénomégalie primitive. Aux arguments cliniques et anatomiques se joint d'ailleurs l'argument bactériologique, puisque, tandis que le foie était infecté, la rate était stérile.

Mais si la lésion hépatique est antérieure à la splénomégalie, il reste à expliquer comment elle peut amener celle-ci. Il semble certain qu'ici la *congestion passive* joue un rôle capital, sinon exclusif. Ce rôle est prouvé par la clinique qui, dans un de nos cas, a permis d'observer la rétrocession marquée de l'hypertrophie splénique à la suite des hémorragies gastro-intestinales. Il est prouvé indirectement, par ces hémorragies elles-mêmes, qui sont sous la dépendance de l'hypertension portale.

L'examen anatomique de la rate, en montrant des lésions surtout congestives, plaide également dans ce sens. On ne saurait incriminer ici l'infection splénique, puisque la rate était stérile alors qu'il y avait infection hépatique.

La splénomégalie n'est donc ici qu'un des éléments du *syndrome d'hypertension portale* dont nous avons dit à maintes reprises l'importance dans les infections biliaires chroniques. Nous avons observé, dans le cas que nous avons autopsié, des lésions qui expliquent le développement de ce syndrome ; nous les avons décrites plus haut.

Le syndrome d'hypertension portale ne se limite pas d'ailleurs, à la splénomégalie, puisque dans plusieurs cas nous avons observé des hémorragies gastro-intestinales dues à des varices stomacales ulcérées.

Toutefois, on peut se demander pourquoi il n'est plus complet, et pourquoi la splénomégalie en est, sinon la manifestation objective, du moins la manifestation prédominante. On peut, selon nous, comprendre qu'il en soit ainsi, si l'on se rappelle la fréquence des asystolies partielles ; de même que l'asystolie se localise souvent sur tel ou tel organe, l'hypertension portale peut avoir une prédominance régionale, entraîner plus rapidement la production d'hémorroïdes, être la cause de varices œsophagiennes ou stomacales (qui donnent lieu à des hémorragies gastriques à tort considérées comme dues à une maladie primitive de l'estomac), déterminer une hypertrophie splénique qui sera le symptôme dominant. Il en était ainsi dans nos cas.

Naturellement, il est dans les splénomégalies métaboliques d'autres symptômes qui ne sont plus le fait de l'hypertension portale, mais qui relèvent, comme dans les autres affections de la famille biliaire, de la cholémie, d'un trouble fonctionnel du foie, ou de la toxi-infection. Nous n'y insistons pas.

PATHOGENIE. — Les splénomégalies du type que nous venons d'étudier sont bien sous la dépendance d'une affec-

tion des voies biliaires. Effectivement, d'une part, il s'agit de congestion splénique et, d'autre part les voies biliaires présentent des lésions d'angiocholite chronique qui expliquent cette congestion.

Quelle est la signification de ces lésions des voies biliaires? S'agit-il de séquelles d'une angiocholite aiguë ayant évolué à l'époque où a existé l'ictère? Dans ce cas, les lésions des voies biliaires seraient comparables aux lésions endocardiques desquelles découlent les rétrécissements et insuffisances valvulaires et que suscite une endocardite aiguë rhumatismale par exemple. Si cette hypothèse était vraie, la splénomégalie serait, au sens stricte une splénomégalie méta-ictérique.

Ou bien s'agit il de lésions liées à une angiocholite chronique en évolution ayant présenté lors de l'ictère une phase plus active? Ce que nous savons des conditions dans lesquelles se produisent d'habitude les ictères passagers, et du rôle que joue ici la cholémie familiale, rend pour nous cette seconde hypothèse plus vraisemblable. On peut invoquer en sa faveur les résultats de l'examen histologique qui, à côté des lésions scléreuses et cicatricielles prédominantes montre cependant quelques indices d'activité, et ceux de l'examen bactériologique rapporté plus haut (1).

(1) Sans doute, un examen bactériologique *post-mortem* n'a qu'une valeur relative; mais d'une part les recherches faites par l'un de nous avec M. Lippmann ont démontré la stérilité des voies biliaires intra-hépatiques chez certains animaux tels que le chien; d'autre part ils ont à plusieurs reprises, en hiver, vérifié cette stérilité sur des foies humains ensemencés plus de vingt-quatre heures après la mort, et ces résultats donnent une certaine signification aux résultats positifs obtenus dans notre cas.

Si cette seconde hypothèse, comme nous sommes disposés à le croire, est exacte, ces faits de splénomégalie méta-ictérique doivent être rapprochés des ictères chroniques simples dans lesquels, à l'ictère près, la symptomatologie est très analogue, et où l'on peut également noter une splénomégalie prédominante ; sans doute la séparation devrait être maintenue au point de vue clinique entre les ictères chroniques splénomégaliques et les splénomégalies méta-ictériques, mais les deux affections qui se relient l'une à l'autre par des faits de transition auraient ainsi une pathogénie commune.

Inversement, on conçoit que l'angiocholite chronique, tout en n'amenant pas la production d'un ictère, puisse entraîner l'apparition d'une splénomégalie, analogue à celle notée dans les cas que nous venons d'étudier, l'ictère apparaissant ultérieurement ou même faisant complètement défaut ; à côté des splénomégalies méta-ictériques, il y aurait donc lieu de décrire des *splénomégalies anté-ictériques* et des *splénomégalies anictériques*.

Un exemple de splénomégalie anté-ictérique nous a été fourni par une malade qui, vers l'âge de onze ans, avait eu des accès de fièvre intermittente hépatique avec splénomégalie, puis eut à 13 ans un ictère intense pendant lequel fut de nouveau notée la présence de la splénomégalie qui persista dans la suite ; examinée par nous de longues années après, elle avait encore la rate grosse et présentait toute la série des troubles secondaires à la cholémie familiale.

Nous avons observé également plusieurs malades n'ayant jamais eu d'ictère et présentant, avec divers symptômes traduisant l'infection biliaire chronique, mais sans ictère intercurrent, une splénomégalie manifeste.

Chez eux aussi la splénomégalie était secondaire à l'angiocholite, mais on comprend que ces faits, plus encore que les précédents, puissent être méconnus et considérés comme des splénomégalies primitives.

Il suffit d'ailleurs de parcourir les observations publiées sous le nom de maladie de Banti pour trouver parmi elles des cas de splénomégalies méta- ou anté-ictériques, et surtout de splénomégalies anictériques. Les faits ainsi interprétés montrent la fréquence de l'origine biliaire des splénopathies pour peu qu'on la recherche avec soin. Nous y reviendrons prochainement.

L'angiocholite, que nous sommes ainsi amenés à admettre à l'origine de tous ces faits, se développe ici comme dans les autres formes d'infection biliaire chronique sous l'influence d'une prédisposition spéciale (*diathèse biliaire*), mais cette prédisposition n'est qu'un cas particulier d'une loi plus générale, d'après laquelle ces sujets sont particulièrement disposés à l'auto-infection des muqueuses et des conduits glandulaires (*diathèse d'auto-infection*). Chez les sujets atteints de splénomégalie méta-ictérique, le foie n'est donc pas le seul organe infecté, et un examen suivi peut mettre en relief, chez eux comme chez les autres sujets atteints d'infection biliaire chronique, d'autres canaliculites microbiennes (1).

Quelle que soit d'ailleurs la nature de l'affection biliaire primitive, qu'il y ait angiocholite aiguë avec séquelles cicatricielles, ou angiocholite chronique avec phase aiguë ayant déterminé l'ictère, ces splénomégalies méta-

(1) A. Gilbert et P. Lereboullet. La diathèse d'auto-infection et les polycanaliculites microbiennes, *Soc. de Biol.*, 23 mai 1903.

ictériques ont, parmi les affections qui composent la famille biliaire, une importance réelle ; non seulement elles permettent d'établir la subordination de splénomégalies en apparence primitives à une affection des voies biliaires, mais encore, grâce à l'examen anatomique que nous avons pu faire, leur étude met en relief l'importance du syndrome d'hypertension portale dans les affections des voies biliaires, même légères, et les raisons anatomiques de ce syndrome.

D^r GILBERT ET LEREBOUILLET.

ETIOLOGIE

CONTAGION DE LA PHTISIE

Le bacille de Koch n'est-il qu'un saprophyte ? Tel est le titre d'un travail publié par le D^r Leroy, chef du laboratoire de l'hôpital Saint-Antoine, dans un numéro du 12 novembre 1902 de la *Médecine moderne*.

La thèse du D^r Leroy pourrait se résumer ainsi : le bacille de Koch ne serait autre chose que le bacille *termo* ou *proteus* (bacille de la putréfaction) habitant à l'état saprophyte l'intestin de l'homme en bonne santé.

Ce microbe traverserait les ganglions mésentériques, pénétrerait dans le canal thoracique, le cœur droit et de là dans les vaisseaux du poumon. S'il rencontre un poumon malade, il s'y fixe et la phtisie commence ; si le poumon est sain, le bacille le traverse et peut donner naissance à une tuberculose externe, s'il rencontre un point de moindre résistance.

Ferran rapporte, dans un récent travail, qu'il est arrivé à transformer un saprophyte banal de l'intestin qu'il dénomme phtisiogène en un bacille de Koch, et inversement à transformer le bacille de Koch, en un saprophyte dépourvu de caractères biologiques et biochimiques du bacille de la tuberculose.

M. Leroy avance que si, au début de la phtisie, après les hémoptysies initiales par exemple, on répète très fréquemment les examens des crachats, on assiste sur le vivant à la transformation signalée par Ferran. Les premiers examens, en effet, ne montrent que des bacilles dépourvus des propriétés de rester colorés malgré leur passage dans l'acide nitrique et ressemblant au bactérium termo. Puis, on observe successivement l'amincissement de ces bacilles, dont quelques-uns gardent une teinte légèrement rosée ; enfin, un peu plus tard, on trouverait le bacille de Koch avec toutes ses propriétés.

Il m'est arrivé maintes fois, sur des cobayes inoculés avec une culture pure de bacille de Koch, et soumis à un traitement anti-tuberculeux, de constater une hypertrophie énorme de la rate et de nombreux tubercules dans cette rate, sans pouvoir arriver à déceler le bacille de Koch. Les faits rapportés par MM. Ferran et Leroy sont peut-être l'explication du phénomène exceptionnel qui nous avait frappé.

Telle est la théorie de M. Leroy. La vérité de cette théorie est-elle absolument démontrée, et doit-on désormais considérer le bacille de Koch comme un saprophyte transformé ? Nous croyons qu'il est sage de maintenir encore un doute sur ce point.

Le mémoire de M. Leroy a été évidemment inspiré par les exagérations de l'opinion courante sur la contagion de la

phtisie ; et par la fausse direction qui résulte logiquement de ces fausses théories quant à la prophylaxie de la tuberculose. Nous disions dernièrement que nos hygiénistes se noyaient dans un crachoir hygiénique et négligeaient le seul moyen efficace dans la lutte contre la tuberculose, l'ensemble des conditions qui permet à l'organisme de maintenir le bacille de Koch à l'état latent.

Dans un livre que nous avons publié en 1899. « La tuberculose, contagion, hérédité et traitement, » nous avons posé les conclusions suivantes : nous sommes tous ou presque tous tuberculeux ; la prophylaxie consiste uniquement à faire de nos organismes un bouillon impropre à la culture du bacille de Koch. La tuberculose n'est pas contagieuse dans le sens de ce mot, quoiqu'elle soit facilement transmissible par les procédés de laboratoire.

Quatre ans après nous, M. Leroy arrive à des conclusions presque identiques : « L'essentiel est de savoir que tous ou presque tous nous portons en nous le bacille de Koch sous une forme quelconque..., à l'état latent » (page 372).

M. Leroy ajoute : « si nous ne sommes pas tous tuberculeux ou phtisiques, c'est que le bacille est loin d'être tout dans l'éclosion de la maladie, c'est qu'il n'est *qu'un facteur en réalité secondaire*, et qu'il faut avant tout que l'organisme soit en état de complète déchéance vitale et fonctionnelle » (page 372).

Nous constatons que nos doctrines étiologiques, qui font du microbe pathogène une cause secondaire subordonnée à la prédisposition définie et au concours de causes occasionnelles, sont de jour en jour plus acceptées dans le monde médical.

M. Leroy conclut comme nous « que les moyens prophylactiques qui visent le bacille lui-même *sont de pures*

chimères, puisqu'on voit la tuberculose progresser dans les campagnes où les chances de contagion sont plus restreintes que dans les villes, et que l'on voit aussi, comme l'a montré le professeur Kelsch, le mal aller en empirant dans les armées européennes, malgré les mesures prophylactiques les plus savantes et les plus sévères » (p. 372).

M. Leroy ajoute encore : La clinique nous montre en effet que quand la contagion devrait se produire, c'est-à-dire quand toutes les circonstances se trouvent réunies pour la favoriser, comme dans la tuberculose maritale, ou chez les personnes soignant les tuberculeux, elle reste néanmoins *exceptionnelle*.

Parallèlement, chez des individus vivant à l'abri de toute contamination, comme c'est le cas des prisonniers cellulaires n'ayant aucun rapport avec leurs semblables, la tuberculose pulmonaire est d'une *fréquence extrême*. »

Dans notre ouvrage sur la contagion de la tuberculose, nous avons produit une statistique de 135 couples avec seulement 3 cas où la phtisie pouvait être rapportée à la contagion.

Nous constatons avec plaisir que la lumière se fait enfin sur l'étiologie de la tuberculose, non seulement en Allemagne où Baumgarten professe des opinions identiques aux nôtres et où dans une récente conférence Auffrecht disait : « L'observation clinique me force à nier la production de la tuberculose pulmonaire par inhalation du bacille de Koch et à exclure la possibilité que cette maladie soit le résultat de l'action de ce bacille sur du tissu pulmonaire sain. » (page 369).

Il y a beau temps que les expériences de Cadéac et Mallet ont démontré l'inocuité de la poussière tuberculeuse respirée naturellement par des cobayes, mais en médecine

on oublie vite les travaux qui contredisent les systèmes à la mode.

En résumé, pour M. Leroy, le bacille de Koch, qu'il soit transmis par contagion ou par hérédité, existe à l'état latent chez presque tous les hommes. C'est ce que Verneuil appelait le *microbisme latent*, théorie dont la vérité est aujourd'hui démontrée par de nombreux faits cliniques. La conséquence pratique à tirer de l'existence du microbe de Koch chez la plupart des hommes est double : la première c'est d'empêcher autant que possible l'introduction du microbe tuberculeux dans l'organisme humain ; la seconde est d'empêcher par un ensemble de moyens hygiéniques le bacille de Koch de passer de l'état latent à l'état actif. La première conséquence que nous avons posée est de beaucoup la plus importante, et il est bien certain que si l'on pouvait s'opposer à l'introduction de microbe pathogène de la tuberculose dans l'organisme humain, le problème de la lutte contre la phthisie serait résolu.

Mais si cette question est la plus importante, c'est aussi la plus difficile, par la raison que les médecins sont partagés sur le mode d'introduction du microbe tuberculeux dans l'organisme. Les uns (et c'est aujourd'hui de beaucoup le plus grand nombre), tiennent pour la contagion, les autres partagent l'opinion traditionnelle sur l'hérédité de la phthisie et enseignent que le bacille lui-même est transmis à l'enfant par le père ou la mère.

Suivant que l'on est partisan de l'une ou l'autre de ces deux opinions, on oriente la prophylaxie de la tuberculose dans des directions bien différentes.

Nous ne voulons pas reprendre ici incidemment cette question du germe. Cette hérédité s'appuie et sur les recherches de laboratoire et sur les observations cliniques ;

nous renvoyons à notre livre sur *la tuberculose*, où toutes ces preuves ont été présentées.

Mais quelle que soit l'opinion qu'on adoptée, toujours est-il que dès l'enfance nous possédons à l'état actif où à l'état latent le bacille de Koch, qu'alors il est puéril, comme le dit M. Leroy, de savoir si le microbe vient de nous-même ou de notre voisin, et que la seule question pratique est de le maintenir à l'état latent, ou de l'y ramener s'il a commencé son évolution. Pour cela il n'y a qu'un moyen : c'est, pour emprunter une phrase de laboratoire, de faire de l'organisme un mauvais bouillon de culture pour le bacille de Koch.

Renonçons donc une bonne fois à tous ces moyens puérils, dirigés contre les poussières tuberculeuses qui, respirées librement, n'ont jamais transmis la tuberculose, à ces désinfections qui s'opèrent naturellement au bout de quarante huit heures, par la lumière, même diffuse. Donnons de l'air et de la lumière aux populations des villes, une nourriture suffisante, combattons l'encombrement des logements ouvriers, rappelons que le grand ennemi c'est l'alcoolisme et la misère et nous verrons, comme en Angleterre, la tuberculose diminuer.

WAGNER.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Celui de nos collaborateurs qui est chargé habituellement des comptes rendus de l'Académie n'a pu, cette année, nous prêter son concours; je vais donc exposer à nos lecteurs un résumé des principales discussions qui ont eu lieu à l'Académie pendant le premier semestre de 1903.

I. — DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES.

Dans sa séance du 20 janvier, l'Académie a arrêté la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire et de celles dont la déclaration est facultative.

Nos lecteurs savent déjà combien nous répugnent les ingénieries de l'administration dans la pratique de notre art. Aujourd'hui on nous demande de déclarer les maladies dont sont atteints nos clients, demain on s'emparera des malades atteints de maladies contagieuses, on les séparera de leurs familles et de leurs médecins pour les enfermer dans des hôpitaux spéciaux; nous aurons alors la *médecine d'état* et ses servitudes.

Si on veut faire une prophylaxie sérieuse des maladies qui se transmettent par contagion, il faut la faire avec le concours et sous la direction du médecin traitant; et l'administration doit se borner à aider le médecin traitant, dans la mesure où il en a besoin.

Quand la peste ou le choléra font leur apparition dans une région, je comprends que le médecin avertisse l'administration et réclame son secours pour les moyens d'isolement et de désinfection ; mais pour les maladies communes, le médecin traitant doit suffire à la prophylaxie qui se limite au foyer de la maladie.

Mais aujourd'hui un grand nombre de médecins se sont laissés emballer par l'idée de la contagion. Il suffit qu'une maladie ait un microbe pour qu'elle soit contagieuse et, par conséquent, soumise à la déclaration obligatoire. Or c'est là une erreur ; une maladie à microbe, comme la tuberculose, peut être transmissible par les procédés de laboratoire, et n'être pas contagieuse dans la vie sociale, comme je l'ai démontré par de nombreuses observations cliniques. La lèpre possède un microbe pathogène, et cependant elle n'est pas contagieuse, au moins en Europe, et elle n'est même pas inoculable, ce qui n'empêche pas l'Académie d'avoir mis la lèpre au rang des maladies qui doivent être déclarées.

La fièvre jaune est encore une maladie à microbe et contagieuse, entre les tropiques ; mais elle perd cette faculté en France ; et dans les quelques épidémies que l'on a constatées à Saint-Nazaire, la maladie est restée limitée aux manœuvres qui avaient aidé au déchargement des navires infectés ; et cependant l'Académie inscrit la fièvre jaune parmi les maladies dont la déclaration est obligatoire.

La pneumonie est classée parmi les maladies dont la déclaration est facultative ; et pourtant, en dehors de la pneumonie grippale et de la pneumonie des fièvres, il n'existe pas d'observations authentiques de la contagion de la pneumonie.

Quoique l'opinion qui fait de la phtisie une maladie contagieuse soit toute récente et fortement contestée, les outranciers de la contagion font campagne pour faire inscrire la phtisie au nombre des maladies dont la déclaration est obligatoire. L'Académie a donné une demi-satisfaction aux partisans de cette opinion en inscrivant la phtisie au rang des maladies dont la déclaration est facultative; or comme la déclaration facultative n'est autorisée qu'avec le consentement des familles, nous sommes certains que cette autorisation ne sera jamais accordée, car il est peu de secret médical auquel les malades tiennent autant qu'à celui-là.

Sur ce point, M. Brouardel a prononcé quelques paroles pleines de bon sens, que nous citerons pour terminer la question: « Il a paru à la Commission qu'on ne pouvait pas exiger, sans grands inconvénients, d'un malade atteint, sans le savoir, de tuberculose chronique, qu'il fût soumis tous les quinze jours, lui et son entourage, à des pratiques de désinfection, et cela pendant cinq ou dix années consécutives. » (*Bulletin de l'Académie*, page 66).

Ajoutons que l'équipe des désinfecteurs devrait suivre le malade aux eaux et dans ses différentes villégiatures; cela touche au ridicule.

II. — DISCUSSION SUR LES LIQUEURS A ESSENCE

Dans cette longue discussion, l'Académie de médecine a fait tout son devoir; elle a éclairé l'administration et les populations sur les dangers considérables qu'entraîne l'usage des liqueurs à essence, et cependant les populations continueront probablement à s'empoisonner avec les apéritifs, et l'administration reculera devant les me-

naces des marchands de vins et des bouilleurs de cru, car ce sont *les grands électeurs*.

Les essences les plus toxiques et les plus employées dans la fabrication des apéritifs sont toutes les variétés d'absinthe, l'anis, la reine des près, la liqueur de noyaux, les résidus de quinquina; ce sont ces essences mélangées à des alcools, la plupart du temps impurs, qui servent à la fabrication du vulnéraire, du vermouth, du bitter et des amers analogues, mais principalement de l'absinthe, qui occupe le premier rang parmi tous ces poisons, par le savant arrangement des essences les plus toxiques.

MM. Lancereaux et Magnan ont décrit magistralement les symptômes de l'alcoolisme particulier produit par les liqueurs à essence.

Le premier a insisté sur les symptômes de la sensibilité subjective et objective et sur les paralysies consécutives. Il a montré que l'alcoolisme pur produisait une anesthésie symétrique, débutant par les extrémités inférieures sans paralysie ni mouvements convulsifs, tandis que les liqueurs à essence produisaient des douleurs violentes, devenant intolérables par le moindre contact.

La tuberculose, résultat si fréquent de l'alcoolisme, débiterait, d'après M. Lancereaux, par le sommet droit et en arrière, tandis que la tuberculose ordinaire commencerait par le sommet gauche et en avant.

M. Magnan, bien placé à l'hospice Saint-Anne pour faire ces observations, décrit principalement comme appartenant à l'action des liqueurs à essence, les accès d'épilepsie et les impulsions automatiques les plus violentes. D'après ce médecin, la proportion des alcooliques reçus à Saint-Anne en 1870 présentait une proportion de 27 p. 100, et en 1901 ce chiffre atteignait presque 50 p. 100.

De son côté, M. Lancereaux fournit des chiffres officiels qui démontrent que de 1885 à 1889, c'est-à-dire en cinq ans, la consommation des liqueurs à essence s'est accrue à Paris de 10.775 hectolitres à 27.123 hectolitres.

Le péril national est donc incontestable, et si cette abominable consommation d'absinthe et d'apéritifs de toutes sortes continue, l'idiotie, la tuberculose, la décroissance de population, la ruine progressive des qualités physiques et morales de notre race sombrera dans l'ignominie.

Les médecins, et l'Académie qui les représente, ont fait dans ce suprême péril tout leur devoir; ils ont montré l'étendue du mal et sa cause; à l'Administration et à la nation à faire le reste.

Voici les conclusions que l'Académie a remis au ministre :

« 1° L'Académie déclare que toutes les essences naturelles ou artificielles, sans exception, ainsi que les substances extraites, incorporées à l'alcool ou au vin, constituent des boissons dangereuses et nuisibles.

« 2° L'Académie déclare que le danger de ces boissons résultant tout à la fois des essences et des alcools qu'elles renferment, elles mériteraient, quelles que soient leurs bases, d'être prosrites et que, tout au moins, il y a lieu de les surtaxer de telle manière que la surtaxe devienne en quelque sorte prohibitive.

« 3° L'Académie signale en particulier le danger des apéritifs, c'est-à-dire des boissons à essence et à alcool pris à jeun.

« Le fait que ces boissons sont prises avant les repas rend leur absorption plus rapide et leur toxicité plus grande ».

L'Académie ajoute un vœu, c'est qu'il soit pris des mesures pour diminuer le nombre des débits de boisson.

En Norvège le gouvernement honnête d'un peuple honnête a pu arrêter l'alcoolisme par des lois aussi justes que sévères, mais qui son inapplicables dans l'état de décadence morale que nous subissons en ce moment.

III. — DES INDICATIONS MÉDICALES A L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE

Sous cette euphémisme, c'est la question de l'*infanticide* et du *fœticide* qui se cache. Disons que si le principe général de l'interruption de la grossesse dans certaine maladie chronique a été admis à l'unanimité, en pratique, grâce à l'interruption de MM. Pinard et Pozzi cette intervention a été à peu près prohibée.

Dans la tuberculose, en particulier, il a été admis que le fœticide n'était d'aucun avantage pour la mère.

Voici les conclusions adoptées par le Congrès. « L'intervention qui a pour but d'interrompre une grossesse menaçant la vie de la femme n'est point une opération qui sacrifie l'enfant ».

« L'interruption thérapeutique de la grossesse n'est et nedoit être qu'une opération censervatrice... Dans aucun cas elle ne peut être facultative. (*Bull. n° 354*).

Nous trouvons ces lignes pleine de bonne volonté, mais personne ne contestera qu'elles manquent de clarté. Nous n'ignorons aucune des difficultés de cette question, mais nous aurions attendu plus de lumière et plus de décision de la part du P^r Pinard.

Si la vie de la mère est précieuse, la vie de l'enfant l'est aussi et aujourd'hui les merveilles de la chirurgie asep-

tique nous rendent exigeant et nous retenons de cette discussion que, suivant l'expression même du rapporteur, *l'intervention doit être conservatrice*. (Cette discussion a eu lieu dans le quatrième Congrès de gynécologie tenu à Rome du 15 au 21 septembre 1902).

IV. — DEL'ADÉNOPATHIE AXILLAIRE AU DÉBUT DE LA TUBERCULOSE

PULMONAIRE

M. Fernet a observé cette adénopathie, sous forme de très petits ganglions, mobiles et indolores, dans environ le tiers des cas de phtisie au début.

Nous rappelons le fait uniquement parce que, quand il existe, c'est un signe de plus de la phtisie commençante. (*Bull. n° 360*).

V. IMMUNISATION CONTRE LE VENIN DE VIPÈRE PAR LES MORSURES

DE CE REPTILE

Dans la séance du 17 février M. Boinet a communiqué à l'Académie l'observation d'un vieux chasseur de vipère qui a été souvent mordu et qui, progressivement, a acquis une forte immunité contre le venin de vipère.

Le fils de ce chasseur de vipère exerçait le même métier et il ne possédait point une *immunité héréditaire*, car sa première morsure fut très grave. Par la suite, des morsures successives lui conférèrent une immunité acquise. Remarquons que cette immunité diminuait un peu quand cet homme restait longtemps sans être mordu. Certes ce moyen ne vaut pas le sérum de Calmettes, mais il a son intérêt parce qu'il constitue un fait pour servir à l'histoire de l'*immunité acquise*.

D^r P. JOUSSET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. GANGRÈNE DU MEMBRE INFÉRIEUR PAR PHLÉBITE. — II. SYPHILIS PIGMENTAIRE GÉNÉRALISÉE CHEZ L'HOMME. — III. SYPHILIDE NIGRICANTE. — IV. NOTE SUR UN CAS DE FILAIRE DE MÉDINE ET SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'EXTRACTION DE CE PARASITE. — V. DU CANCER DE L'ESTOMAC A FORME HÉPATO-GANGRÉNEUSE.

I

(*Séance du 10 juillet*). — Les gangrènes d'origine veineuse sont rares ; elles ont même été contestées. M. R. BERNARD présente un jeune soldat qui a été amputé pour une gangrène du membre inférieur consécutive à une phlébite.

Voici le résumé de son histoire clinique : un jeune soldat entre au Val-de-Grâce, le 2 février, avec diagnostic bronchite et fièvre. La température tombe le lendemain de son entrée, et il paraît guéri s'il n'avait pas un aspect presque cachectique.

Le 10 février, douleur violente dans la fosse iliaque gauche, avec vomissements. Le lendemain même état, l'exploration profonde de la fosse iliaque est difficile à cause de l'intensité de la douleur ; en outre, la jambe gauche, qu'il déplace à regret, s'est énormément tuméfié depuis la veille dans toute son étendue, dure, blanche et lourde comme une jambe de phlegmatia. Le pied est froid et la piqûre n'est pas perçue sur toute la face dorsale ni sur le bord externe jusqu'au tiers inférieur de la jambe.

Les battements artériels sont nettement plus faibles à la jambe gauche.

Les jours suivants, persistance des nausées et de la douleur dans la fosse iliaque et dans le membre inférieur. L'œdème s'étend au-dessus du pli inguinal et s'arrête brusquement à la ceinture. Les troubles de la sensibilité se cantonnent ; la sensibilité disparaît absolument sur les quatre premiers orteils et sur une large plaque qui dessine au-dessous de la malléole externe un large bracelet ouvert en dedans ; les parties insensibles prennent une teinte gris bleuâtre.

Le 14 février, mouvement fébrile assez violent coïncidant avec l'ouverture du sillon d'élimination sur le haut de la plaque gangréneuse. Les jours suivants, les escarres qui se délimitent franchement, paraissent évoluer suivant le type de la gangrène sèche.

A partir du 20 février, l'état général s'améliore, l'alimentation se fait bien, les orteils se dessèchent de plus en plus, mais la suppuration augmente au niveau de l'escarre de la jambe. En palpant la face interne de la cuisse, vers le triangle de Scarpa, on rencontre une petite masse allongée un peu douloureuse qui donne autant l'impression d'un chapelet ganglionnaire que d'une veine oblitérée ; il y a des marbrures produites par un grand nombre de petites veines.

Jusqu'au 25 mars, la situation se modifie peu. A partir de ce moment, l'élimination des escarres s'active, le suintement purulent est plus abondant et paraît provenir d'une fusée dans la gaine des muscles antéro-externes de la jambe.

Le 15 avril, tout espoir de conservation du membre ayant disparu, le malade est évacué en chirurgie et le

24 avril, amputation intra-condylienne du fémur gauche. Cicatrisation du moignon sans incident.

L'examen du membre amputé montra que toutes les veines étaient oblitérées par une gelée brune de fibrine très compacte; les artères étaient saines, mais réduites de volume; l'examen histologique de la tibiale postérieure a montré qu'il n'existait aucune altération pathologique des parois. Il s'agissait donc bien là d'une gangrène par phlébite et non par artérite.

II

(Séance du 17 juillet). — M. QUEYRAT présente un jeune homme de dix-neuf ans, atteint d'une *syphilide pigmentaire généralisée* : chancre du mois de février dernier; roséole étendue dans les premiers jours de mai; il entre le 1^{er} juillet à l'hôpital pour des plaques muqueuses de la gorge et des tubercules muqueux de l'anus, n'ayant pas encore suivi de traitement spécifique.

En l'examinant, on constate une syphilide pigmentaire très accusée du cou, des régions sous-claviculaires et péri-axillaires, des flancs, de l'abdomen et de la partie supérieure et interne des cuisses. Les espaces non pigmentés compris entre les mailles de cette syphilide réticulaire ont pour la plupart les dimensions d'une lentille ou d'une pièce de cinquante centimes.

Le malade n'ayant eu ni phthiriasse ni gale, et n'ayant suivi aucun traitement arsénical, cette coloration paraît dépendre de la syphilis; or, les syphilides pigmentaires sont très rares chez l'homme et on n'en connaît que trois cas dans la science française.

III

A côté du malade précédent, M. QUEYRAT en présente un autre de trente-deux ans, ayant eu son chancre il y a cinq mois, au commencement de mars ; six semaines après, apparition d'une syphilide maculo-papuleuse généralisée. Dans le courant du mois, l'éruption s'est pigmentée, de façon à constituer des taches d'un brun noir qui jaspent la peau et en font un véritable homme-léopard.

Les dimensions de ces taches sont en moyenne celles d'une lentille ; les plus petites ont celles d'une tête d'épingle ; elles occupent le visage, le tronc et les membres ; elles sont très nombreuses et particulièrement foncées au niveau des lombes. Comme le précédent, ce malade n'a pas eu la gale ni la phthiriasse ; il n'a pas fait de traitement arsénical et son traitement mercuriel a été très sommaire.

IV

M. BECLÈRE a eu l'occasion d'observer un cas de *flaire de Médine* et nous reproduirons la plus grande partie de l'observation de son malade, à cause d'un procédé nouveau d'extraction qu'il indique.

Ce parasite, qui existe dans toutes les régions intertropicales, se rencontre plus souvent qu'autrefois à notre observation, étant donné l'extension du domaine colonial français.

« Le ver que voici a 85 centimètres de long sur 2 millimètres environ de large ; ce sont les dimensions habituelles. Je l'ai retiré en deux fois de la jambe d'un jeune officier qui avait séjourné un an et demi au Sénégal et au Soudan.

Un premier point sur lequel je désire attirer votre attention, c'est la longueur du temps pendant lequel cette filaire est demeurée et s'est développée sous la peau de la jambe sans donner le moindre signe de sa présence, à l'état tout à fait latent.

En effet, il ne s'est pas écoulé moins de *huit mois* entre le moment où mon client a quitté l'Afrique et celui où il s'est aperçu de l'apparition d'une petite phlyctène, en arrière de la malléole externe de la jambe gauche. Cette phlyctène a été le tout premier symptôme de la présence du parasite; elle est apparue à Paris le 24 mars 1903, alors que M. X... avait quitté Dakar le 1^{er} août 1902, après un séjour d'un an à Tombouctou, de mai 1901 à mai 1902.

Cette longue période de latence est d'ailleurs conforme à la symptomatologie habituelle de l'affection. D'après les traités classiques, la filaire de Médine met de huit à dix mois pour se développer dans l'organisme humain. Tout dernièrement encore, un médecin de Saumur, le D^r Renou, avait l'occasion d'observer dans cette ville deux cas de filaire; dans les deux cas, le parasite ne s'était manifesté que plus d'un an après la rentrée du Sénégal ou du Congo (1).

La petite phlyctène, survenue sans douleur et sans gonflement de la jambe, le 24 mars dernier, s'ouvrit spontanément, se ferma, puis s'ouvrit de nouveau, donnant issue chaque fois à un peu de liquide séro-purulent; et, à plusieurs reprises, mon client en vit sortir un filament blanchâtre extrêmement court et ténu qui se rompit entre ses doigts à la moindre traction.

(1) *Arc. médic. d'Angers*, janvier 1903. *Le Caducée*, 16 mai 1903.

C'est seulement le 11 mai que ce filament très mince étant de nouveau sorti hors de l'orifice cutané, je peux l'enrouler autour d'une tige d'allumette et constater, après trois à quatre tours, qu'il se renfle brusquement pour prendre la forme d'un ver blanc de 2 millimètres environ de longueur. De crainte de le rompre, je lui fais faire seulement quelques tours de spire autour de l'allumette que je fixe à la jambe. Le lendemain, j'enroule de nouveau quelques centimètres de l'animal autour de l'allumette, mais la résistance que j'éprouve et que mon client accuse très vivement me fait suspendre l'opération.

Le surlendemain 13 mai, désireux de paralyser la résistance que le parasite oppose à mes tentatives d'extirpation, j'ai l'idée, pour lui faire lâcher prise, de le soumettre à l'action des vapeurs de chloroforme. Je dispose à très faible distance de la jambe, au-dessus de l'orifice cutané, une couche d'ouate imbibée de chloroforme et recouverte de taffetas gommé. Après qu'elle est restée en place une minute ou deux, je renouvelle les tentatives d'extraction. L'animal n'offre plus de résistance et j'en profite pour tourner et tourner encore l'allumette sur elle-même. Mais sans doute il se réveille pendant que je multiplie les tours, car la résistance reparait et, à mon grand ennui, la filaire se rompt. Le fragment extrait mesure 43 centimètres; celui qui reste sous la peau s'est rétracté et à complètement disparu, il est devenu insaisissable.

Cette rupture du ver n'est pas seulement un accident fâcheux, elle est capable d'avoir parfois de graves conséquences. Vous savez en effet que le parasite trouvé sous la peau de l'homme est toujours une femelle et qu'au point de vue anatomique il est essentiellement constitué par un

utérus démesurément long, rempli d'une agglomération d'embryons ou microfilaires qui nagent dans un liquide laiteux. Les accidents observés après la rupture du ver ne tiennent pas seulement à la dissémination des microfilaires dans les tissus, ils sont dus aussi, d'après M. le professeur Blanchard, à l'action d'une leucomaine contenue dans le liquide laiteux au sein duquel nagent les embryons.

De fait, chez mon malade, les réactions inflammatoires surviennent avec une grande rapidité. La rupture du ver a eu lieu à dix heures et demie du matin. Le jour même, à deux heures de l'après-midi, la jambe, très douloureuse, est notablement augmentée de volume. Un frisson survient, la température s'élève, elle atteint à trois heures 40°6 et, dans la soirée, quand je revois le malade, elle n'est pas encore revenue au chiffre normal. Je trouve la peau de la jambe rouge, tendue, œdématisée, très douloureuse à la pression, présentant tous les signes extérieurs d'une lymphangite intense. Cette lymphangite est manifestement plus accentuée tout le long d'un cordon sinueux qui part de la petite plaie cutanée, s'élève jusqu'à la partie moyenne du mollet et le contourne pour se porter en avant vers la crête du tibia, en soulevant les téguments dans tout son trajet.

Pour combattre les accidents produits par la mise en liberté des microfilaires et du liquide qui les baigne, j'injecte par la plaie dans le tissu cellulaire sous-cutané un centimètre cube environ de teinture d'iode. Je recommande le repos absolu dans la position horizontale et des enveloppements humides.

Malgré ce traitement et malgré l'atténuation quotidienne des signes extérieurs de lymphangite, les douleurs

persistent jusqu'au 19 mai pour disparaître assez brusquement. A ce moment on n'observe plus de rougeur qu'en une région très limitée du mollet où la peau amincie fait une saillie rénitente, indice d'une perforation prochaine.

C'est le 30 mai seulement que se fait spontanément l'ouverture de la peau ; au milieu du pus qui s'écoule un point blanc apparaît, et sous l'influence des pressions exercées à distance, une portion du ver longue de plusieurs centimètres fait issue en dehors ; le malade l'enroule lui-même autour d'une tige d'allumette.

Le 2 juin, je procède à une tentative d'extraction et je m'efforce, cette fois, pour éviter une seconde rupture, d'anesthésier complètement le parasite.

J'emploie dans ce but une petite boîte de carton, dépourvue de couvercle, assez longue pour encadrer l'allumette autour de laquelle est enroulée l'extrémité du ver, et assez étroite pour être appliquée exactement par ses bords sur la peau de la jambe. Après que le fond de cette boîte a été rempli d'ouate hydrophile, bien imbibée de chloroforme, elle est appliquée par son bord libre sur la peau enduite de vaseline et étroitement maintenue en place pendant cinq minutes. A ce moment le ver ne s'oppose plus aux tentatives faites pour le déloger ; je ne ressens aucune résistance et le malade n'accuse aucune sensation de traction. Il me suffit de quelques minutes pour enrouler très facilement autour de l'allumette toute la portion du parasite demeurée sous la peau après la rupture, c'est-à-dire un fragment de 40 centimètres. Après quelques jours de repos, les signes extérieurs d'inflammation cutanée disparaissent, l'orifice se ferme et le patient, qui ne ressent plus aucune sensation douloureuse, peut

reprendre ses occupations habituelles, y compris l'exercice du cheval.

Actuellement, pour extirper la filaire de Médine, deux méthodes générales sont employées : la méthode lente, pratiquée de temps immémorial, qui consiste à enrrouler jour par jour le parasite autour d'un bâtonnet, en cessant toute traction à la moindre résistance ; et la méthode rapide, imaginée par notre compatriote le Dr Emily. Cette dernière méthode, publiée en 1894 dans les *Archives de médecine navale*, consiste à injecter une solution de sublimé au millième, soit avant l'ouverture de la peau dans le tissu cellulaire sous-cutané, au point occupé par le parasite, soit après cette ouverture dans le corps même du ver. Dans le premier cas, le ver tué sur place est résorbé en quelques jours comme un fil de catgut. Dans le second cas, il peut être très facilement extrait en une seule séance, le lendemain de l'injection.

La méthode du Dr Emily est assez douloureuse ; elle conserve cependant tous ses avantages quand la peau est intacte. Dans mon cas où le parasite était visible et accessible, l'extraction avec l'aide du chloroforme telle que je l'ai pratiquée a été tout à fait indolore. Mais je reconnais qu'il ne suffit pas d'une seule observation pour préconiser l'emploi de ce procédé, de préférence à celui de l'injection de sublimé.

M. ACHARD a essayé pour l'expulsion du *taenia* d'un procédé préconisé par un médecin américain. Il consiste, dès que le *taenia* commence à être expulsé sous l'influence du vermifuge, à injecter 1 centigramme de morphine dans les anneaux qui sortent de l'anus ; puis à les refouler dans le rectum. L'alcaloïde diffuse dans toute la longueur

du ver, jusqu'à la tête, de sorte que le parasite lâche prise et peut être expulsé tout d'un bloc sans se rompre.

V

MM. GILBERT ET LIPPMANN décrivent, sous le nom de *cancer de l'estomac à forme hépato gangréneuse*, non une véritable forme du cancer de l'estomac, mais un accident particulier dont ils ont observé un exemple caractéristique et dont ils ont relevé trois cas dans le Bulletin de la Société anatomique. Dans ces quatre cas l'estomac, était uni intimement au lobe gauche du foie par des adhérences, il était perforé et il s'était formé, au dépens du foie qui s'était gangrené, une sorte de caverne, communiquant avec l'estomac.

Voici les symptômes qu'ils ont observés chez leur malade et qui permettraient de diagnostiquer cette complication :

La date d'apparition de la complication gangréneuse du foie; au cours du néoplasme gastrique, est assez variable. Néanmoins toutes les observations s'accordent à faire remonter à une époque assez éloignée les premiers symptômes de l'affection stomacale.

Les malades sont donc porteurs depuis plusieurs mois d'un cancer de l'estomac déjà diagnostiqué, lorsque soudain, bouleversant le tableau clinique, éclatent des accidents d'une violence extrême.

Brusquement, apparaît une douleur d'une acuité remarquable, exactement localisée au creux épigastrique. Cette douleur pongitive, lancinante, n'offre aucun rapport avec les sourdes sensations térébrantes dont souffraient auparavant les malades. En même temps, les troubles dyspeptiques augmentent singulièrement d'intensité. L'into-

lérance gastrique devient presque absolue. En proie à des vomissements abondants, noirâtres et d'odeur nauséabonde, les malades sont dans l'impossibilité d'absorber quelque aliment. Parfois s'établit simultanément une diarrhée continue, noire et fétide. Nul doute que les matières vomies, et les évacuations alvines, ne soient composées de fragments hépatiques gangrenés, mêlés de sang.

Dès le début, la région de l'hypochondre droit et de l'épigastre surtout présentent une déformation extrêmement marquée. De l'ombilic au manubrium, les téguments tendus et lissent proéminent fortement, soulevés par une voussure considérable. L'on perçoit, par le palper, une volumineuse tuméfaction, de consistance ferme, que l'on arrive à délimiter assez aisément. Cette tuméfaction est mate à la percussion, exception faite de la région centrale et proéminente, dans laquelle une sonorité franche remplace la matité ; du moins en était-il ainsi dans leur cas. L'on a manifestement affaire à un foie très hypertrophié, accru de consistance, dont un lobe est le siège d'un développement gazeux indiscutable.

Aussitôt, l'apparition des symptômes fonctionnels initiaux, l'altération profonde de l'état général, l'émaciation bientôt considérable des malades témoignent de l'atteinte extrêmement grave de l'organisme. Le facies est grippé, le nez effilé, les plis naso-géniens sont fortement accusés ; et, sur le visage anxieux, se lisent les indices d'une fin imminente. Insensibles à tout ce qui les entoure, les malades, gardant inertes le décubitus dorsal, restent plongés dans une torpeur intellectuelle presque comateuse, d'où parviennent à grand'peine à les tirer des excitations réitérées. Cette cachexie hâtive et de plus en

plus accusée est un des caractères dominants et des plus saisissants du tableau clinique.

La température, parfois élevée les premiers jours, s'abaisse graduellement jusqu'à 36 degrés, et cette hypothermie persiste jusqu'à la fin. Les urines, très rares, contiennent de l'urobiline et de l'indican en proportions notables.

La durée de l'affection est remarquablement courte. Si dans une observation nous la voyons atteindre un mois, le plus habituellement la mort survient en quelques jours, due aux progrès toujours croissants de la cachexie.

D^r MARC JOUSSET.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

I. PRÉPARATION DE L'EXTRAIT FRAIS DE BILE DE BŒUF. —

II. TRAITEMENT DE L'HYPERCHLORHYDRIE PAR LE GLYCOGÈNE.

I

(Séance du 24 juin). — M. PATEIN fait un rapport sur un travail de MM. Hallé et Touret, sur la préparation de l'*Extrait frais de bile de bœuf*; le préparateur doit être présent au moment où la bête est abattue, de façon à se rendre compte de l'état non seulement du foie et de la vésicule, mais aussi de l'animal lui-même.

Dès qu'on a constaté que le foie ne présentait aucune tare, on détache la vésicule de la façon suivante : ligaturer le canal cystique à trois ou quatre travers de doigt de la vésicule, avec un catgut ou une soie antiseptique,

puis sectionner le canal à quelque distance de la ligature avec un bistouri flambé. Cette opération doit être faite aussitôt après la mort de l'animal.

La vésicule est ensuite portée au laboratoire où elle est lavée à l'eau savonneuse, puis à l'eau bouillie. Une incision de 3 à 4 centimètres de longueur est faite, avec un bistouri flambé, à 2 centimètres environ du fond de la poche, et le liquide qui s'écoule est reçu directement dans le ou les vases où devra se faire l'évaporation et qui auront été préalablement stérilisés.

Aussitôt vidée, la vésicule sera ouverte complètement et on recherchera si elle ne contient pas de calculs, libres ou incrustés dans la muqueuse ; dans ce cas rejeter la bile. On procède alors à l'évaporation de la façon suivante : la bile est divisée, au moyen de pipettes stérilisées, dans de larges vases de verre à fond plat qui ont été eux-mêmes stérilisés. La couche de liquide ne dépasse pas 3 millimètres d'épaisseur. Puis ces vases seront rangés sur les divers étages d'un support et placés sous une cloche à acide sulfurique. Une fois le vide fait, le temps nécessaire à l'évaporation varie de 6 à 8 heures. Les avantages de ce procédé sont trop manifestes pour qu'il soit utile de les préciser davantage.

Cet extrait se prêtera très bien à la forme pilulaire et les pilules pourront être toluisées ou kératinisées pour les soustraire au contact de l'air. Mais on ne peut aussi pousser jusqu'au bout la dessiccation dans le vide sulfurique et obtenir une *poudre de bile* parfaitement desséchée sans le concours de la chaleur. Cette poudre est de couleur variable et va du jaune gris au jaune vert, toujours moins colorée que la bile ou l'extrait ; elle est complètement soluble dans l'eau, sa saveur est amère, légèrement

sucrée; répandue dans l'air, elle provoque l'éternuement.

MM. Hallé et Touret ont fait faire à la question qu'ils ont traitée un très réel progrès; ils ont mis entre les mains du médecin un produit préparé dans les meilleures conditions et présentant toutes les garanties : on ne saurait trop les en remercier. Nul doute que la thérapeutique en tire quelque profit.

M. MATHIEU. — La présentation que vient de nous faire notre collègue M. Patein est fort intéressante. Pour ma part, j'ajouterai que depuis quatre ou cinq ans environ je me sers du produit en question, et je puis dire que c'est une préparation parfaite. Tous mes malades atteints de lithiase biliaire, soit de coliques hépatiques, prennent de la bile de bœuf. J'ai des malades qui suivent ce traitement depuis quatre ou cinq ans et s'en trouvent fort bien. J'ai d'ailleurs l'intention de recueillir les cas ainsi traités avec un de mes élèves, et je ne tarderai pas à les présenter.

C'est d'ailleurs dans les affections citées un traitement logique. La bile est un excellent cholagogue, un excellent excitant de la sécrétion biliaire comme l'ont démontré Prévost et Binet, de Genève.

Nous sommes absolument de l'avis de notre ancien collègue Mathieu et nous employons depuis une dizaine d'année l'extrait de fiel de bœuf dans la lithiase biliaire avec des succès remarquables, soit sous forme de pilules de 0 gr. 25, deux par jour, soit en cachets cholagogues associé au salicylate de soude et au calomel.

II

Le Dr MEUNIER ayant constaté que la transformation des matières amylacées sous l'influence du ferment salivaire,

se fait beaucoup moins bien dans l'estomac chez les hyperchlorhydriques que chez les personnes saines, a pensé que l'amaigrissement qui existe chez ces malades provient de la petite quantité des matières sucrées existant dans leur estomac.

Pour combattre cet amaigrissement il a essayé plusieurs matières sucrées et c'est le *glycogène*, produit final de la digestion des matières amylacées, qui lui donne le meilleur résultat.

Il a vu des hyperchlorhydriques maigrissant progressivement avec quatre litres de lait par vingt-quatre heures, soit environ 150 grammes de sucre de lait, s'améliorer en poids avec le même régime auquel on ajoutait 0 gr. 20 à 0 gr. 50 de glycogène par jour.

D^r MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

LE RÉGIME ALIMENTAIRE DES TUBERCULEUX

Le régime alimentaire des tuberculeux est difficile à instituer et la richesse des médicaments qu'on leur oppose cache une pauvreté réelle. Suivant que le tuberculeux présentera ou non des troubles gastro-intestinaux, la nourriture sera ordonnée d'une manière différente. Il ne s'agit pas de suralimenter indistinctement tous les malades : les aliments seront appropriés au pouvoir digestif de chacun.

Le tuberculeux à voies digestives malades ne digère que peu d'aliments ; les repas devront être fréquents et peu abondants. M. Hirtz leur prescrit le régime suivant :

A 7 h. du matin, 250 gr. de lait additionnés d'une petite cuillerée à café de cognac ; à 8 h., une tasse de cacao bouilli avec du lait, 180 gr. ; à 10 h. une tasse de lait ; à midi, bouillon avec jaune d'œuf, riz au lait, un verre à Bordeaux de vin vieux de Bordeaux (si le vin est digéré) ; à 4 h. une tasse de lait avec 60 gr. de pain grillé ; à 6 h. une tasse de lait ; à 8 h. un potage au lait, ou avec 50 gr. de jambon râpé, pain grillé.

Ce régime alimentaire remet-il les voies digestives en bon état ? Peu à peu on le rapprochera du régime suivi par les tuberculeux dont l'estomac est en bon état. A ces derniers, M. Hirtz ordonne volontiers le régime de Dettweiler de Falkenstein, tout en faisant observer que ce régime enferme un abus. Il autorise trop d'alcool : environ 100 gr. par jour. M. Hirtz supprime l'excès d'alcool. Le régime est ainsi constitué : à 7 h. du matin, le tuberculeux prendra du café ou du thé au lait, ou du cacao, quelques biscuits et un peu de beurre frais ; à 10 h. un à deux verres de lait ou du kéfir ; du pain beurré, de la viande froide ; à 1 h. de l'après-midi : rôti, légumes, dessert, vin coupé d'eau ; à 4 h. lait frais, kéfir, pain beurré ; à 7 h. 1/2, viande chaude, pommes de terre nouilles, macaroni, poulet rôti ; à 10 h. lait avec quelques cuillerées à café de cognac.

Si l'estomac est bon, la maladie peut être enrayée. Pour guérir, il faut au tuberculeux de l'énergie et de la volonté. Son appétit réclame-t-il certains aliments ? On fera des concessions, on cherchera à donner au malade ce qui lui plaît. On ne s'attardera pas trop à l'anorexie pour régler le régime ; dans l'anorexie des phtisiques, le suc gastrique est normal (Immermann) ; d'autre part la suralimentation peut ramener l'appétit. Debove l'a mon-

tré, il y a longtemps, en pratiquant la suralimentation brutale par le gavage.

Toutes les viandes sont utiles : viandes rôties, grillées, braisées, en daube. Entre toutes, la viande crue tient la tête. On l'utilise de deux façons : 1° râpée, pilée, écrasée sur un tamis, réduite en pulpe, aux doses de 60 gr. pour commencer jusqu'à 150 gr., 200 gr., 300 gr. par jour. La viande crue sera prise en boulettes enrobées de sucre, dans du pain azyme, des confitures, de la marmelade de pommes, des purées de légumes ; 2° sous forme de sérum de viande (Richet). La viande taillée en petits morceaux est macérée 1 à 2 heures dans l'eau tiède ; on passe ensuite à la presse de façon à extraire le suc : 200 gr. à 300 gr. par jour. Une précaution dans l'administration de la viande crue : surveiller le fonctionnement du foie et du rein (urobiline, albumine dans les urines) ; quand ces organes fonctionnent mal, des risques d'intoxication alimentaire sont à craindre.

La poudre de viande constitue également un bon agent alimentaire ; son odeur désagréable la faisait repousser jadis. Cette odeur est masquée aujourd'hui dans les bonnes spécialités. La poudre de viande correspond à quatre fois son volume de viande crue ; on la prend dans des purées de lentilles, du sirop de punch. L'extrait de viande vaut beaucoup moins ; c'est une substance toxique dont il convient de se méfier.

Grâce au régime alimentaire ainsi ordonné, le malade peut déjà guérir. M. Hirtz suit des phtisiques qui étaient très avancés il y a 10 à 12 ans, et qui vont bien aujourd'hui.

(*Journal des Praticiens*, 25 juillet).

LA RAGE DANS L'AFRIQUE DU SUD

Le D^r Adrien Loir a été envoyé par l'Institut Pasteur pour traiter la rage dans la Rhodésie. La rage était encore inconnue dans ce pays et beaucoup de personnes niaient absolument l'existence de cette maladie. Le premier soin de M. Loir fut donc d'établir la nature de l'affection qui s'était fort multipliée dans le pays et de démontrer, tant à l'aide de symptômes observés chez l'homme et chez l'animal que par les inoculations pratiquées chez le lapin, que cette maladie prétendue nouvelle n'était autre que la rage. Des mémoires de M. Loir, nous voulons rapporter deux faits fort intéressants.

C'est d'abord l'atténuation, puis la disparition complète par le vieillissement du cerveau virulent.

Après 31 jours, un cerveau plongé dans la glycérine a encore toute son activité et communique la rage au bout de 7 à 8 jours. Cinq jours après l'éclosion de la rage est déjà retardée jusqu'à 11 jours. Puis, à partir du 43^e jour le cerveau plongé dans la glycérine devient tout à fait stérile et est incapable de communiquer la rage par inoculation au lapin.

Le second fait est très sérieux. Une lapine, inoculée le 11 novembre, avec un cerveau de lapin tombe malade le 7^e jour ; elle succomba seulement 6 jours après et le petit lapin bien vivant auquel elle a donné la vie meurt de la rage 4 heures après sa naissance, comme on s'en est assuré en inoculant un autre lapin avec une portion de son bulbe. C'est donc là un fait positif constatant le passage du virus rabique de la mère au fœtus.

(*Annales de Pasteur*, 25 avril 1903).

RECHERCHES SUR L'ABSORPTION DE LA TOXINE TÉTANIQUE, par
MM. MORAX ET MARIE (*Annales de Pasteur*. Mai 1903.)

Ces auteurs ont démontré dans un mémoire précédent (novembre 1902) que la tétanine, absorbée à la périphérie des nerfs rachidiens, se déplace continuellement vers leur centre cellulaire et réalise ainsi un véritable courant cellulipète.

Dans le présent mémoire, nos auteurs ont cherché si la tétanine était absorbée de préférence par les nerfs moteurs, sensitifs ou grand sympathique.

Des expériences nombreuses faites, nos auteurs ont tiré la conclusion suivante. « Que les 3 types de neurones périphériques, le moteur, le sensitif et le sympathique, sont également aptes à absorber la toxine tétanique » (page 340).

Une remarque, c'est que la proposition de toxine contenu dans le nerf masseterin nerf exclusivement moteur, est considérable; ce qui expliquerait que les symptômes les plus précoces du tétanos est le trismus.

Des expériences de MM. Morax et Marie, il résulte encore que le neurone cérébral ne renferme pas de tétanine, pas plus du reste que le nerf olfactif qui, en réalité n'est pas un nerf, mais un prolongement du cerveau.

VARIÉTÉS

CONGRES DE CHIRURGIE TENU A BERLIN EN JUIN 1903

Nous rapporterons de ce congrès les questions qui nous paraîtront avoir un intérêt pratique.

I

De l'influence des rayons de Röntgen sur les tissus épithéliaux et principalement sur le cancer.

M. Perthes, de Leipsig, a repris la question du traitement du cancer par les rayons de Röntgen. Il a d'abord étudié l'action des rayons X sur les verrues qui en somme sont des tumeurs épithéliales bénignes, et il a pu constater l'heureuse influence thérapeutique de ces rayons sur la guérison des verrues. M. Perthes a établi que ces rayons s'exercent principalement sur les cellules épithéliales et amènent la disparition complète des papilles.

Cette action du rayon X sur les cellules épithéliales a engagé M. Perthes à essayer ce moyen thérapeutique dans certains cas de cancer. Dans un cas de récurrence post opératoire du cancer cutané, il a obtenu la guérison en 50 jours et la disparition du tissu cancéreux. Ce fait a été répété plusieurs fois.

Dans les cancers plus profonds, l'action des rayons X est généralement contestée; cependant dans un cancer du sein, M. Perthes a constaté une diminution de la tumeur, de l'œdème des bras et la disparition presque complète du tissu cancéreux.

L'auteur ajoute que pour les cancers profonds il faut employer les ampoules radiographiques qui émettent des rayons très pénétrants et que, au contraire pour les cancers de la peau les ampoules qui ont une action superficielle doivent être employés de préférence.

Remarquons que la réaction produite par les rayons X ne se manifeste quelquefois qu'après 7 et 14 jours, qu'il existe par conséquent un effet annulatif qui nécessite une grande prudence.

Le bon résultat des rayons X dans le cancer de la peau a été confirmé par plusieurs chirurgiens du Congrès.

M. Kümmell a fait à ce sujet une communication tout à fait suggestive. Il a rapporté le cas d'un ouvrier chez lequel ces mêmes rayons X ont provoqué le développement d'un cancer. Cet ouvrier occupé à la fabrication d'ampoules radiographiques et souvent exposé aux rayons X fut atteint d'une dermite généralisée, d'une ulcération au niveau de l'avant-bras. Cette ulcération prit les caractères cancéreux et nécessita l'amputation du bras.

Signalons qu'à cette même date du commencement de juin M. Robin a communiqué à l'Académie de médecine une note de MM. Doumer et Lemoine, de Lille, rapportant la guérison de deux cancers de l'estomac avec tumeur par l'emploi des rayons X.

II

Des injections du sérum physiologiques dans les grandes hémorragies.

De la communication de M. Küllner, je ne veux retenir que ceci : c'est que, chez des lapins auxquels on avait retiré une quantité de sang supérieur à 3 p. 100. par conséquent mortelle, même quand le sang était remplacé par la solution salée physiologique, la respiration de l'atmosphère d'oxygène pure a permis de ramener ces lapins à la vie.

M. Küllner, pour rendre ce moyen pratique, a incorporé l'oxygène à la solution salée; il a constaté qu'on pouvait introduire ainsi 20 centimètres cubes d'oxygène par litre de solution physiologique pour injections veineuses.

La seule conclusion pratique est que chez les malades épuisés par les hémorragies, on devra joindre à l'injection de sérum physiologique la respiration d'oxygène.

III

De la cure radicale des hernies par les injections de paraffine dure.

C'est M. Eckstein, de Berlin, qui a préconisé le traitement par des injections de paraffine ayant un point de fusion de 56 à 58. Quelquefois il était nécessaire de faire deux ou trois injections.

IV

De l'opération précoce dans l'appendicite. Le Congrès de Berlin a repris cette éternelle question de l'opération précoce dans l'appendicite. Naturellement, cette discussion comprend nombre de lieux communs et de redites. La généralité des chirurgiens assistant au Congrès soutient l'opinion de l'opération précoce, et nous ne trouvons pas que la question principale, celle des indications positives pour ou contre l'opération précoce, ait fait aucun progrès.

M. Sonnenburg, de Berlin, a cependant proposé une nouveauté séméiologique empruntée au laboratoire. Ce moyen de diagnostic consiste à l'examen pratiqué jusqu'à trois fois par jour de la leucocytose. L'augmentation rapide de la leucocytose est en rapport avec l'acuité et du danger de l'affection, comme sa diminution rapide correspond à la régression de l'ensemble des symptômes.

Sans prétendre, comme M. Sprengel que l'examen de la leucocytose n'est qu'un moyen employé par les médecins pour empêcher les chirurgiens d'opérer, nous croyons,

d'après le travail même de M. Sonnenburg, que cet examen ne peut être la base d'un diagnostic positif, comme il le dit lui-même : « On risquerait de tomber dans les plus graves erreurs si on voulait faire dépendre les décisions thérapeutiques de la leucocytose seule, sans tenir compte des moyens habituels d'examen. »

M. Kümmel nous semble avoir représenté le parti du bon sens chirurgical dans cette discussion ; il pense qu'on ne doit pas traiter tous les cas d'après la même règle ; il se réserve le droit d'individualiser, de pratiquer l'opération précoce quand elle est indiquée et d'opérer à froid toutes les fois que c'est possible. M. Kümmel croit que l'ensemble des symptômes cliniques permet de poser le pronostic dans la grande majorité des cas.

Je n'hésite pas à reconnaître que les paroles de M. Kümmel sont imprimées par un grand bon sens chirurgical, mais j'avoue que j'aurais préféré de beaucoup l'énumération des signes positifs qui doivent décider entre l'opération précoce et l'opération tardive. Sur ce point important on peut dire que la discussion que nous venons de rapporter a été complètement stérile.

WAGNER

MACARONIS ET CONFITURES

Sous ce titre nous trouvons, dans le *Journal des Praticiens* (25 juillet) un article humoristique que nous voulons reproduire ; nous faisons cependant remarquer que le régime alimentaire spécial pour l'entérite du médecin en question nous a donné de très bons résultats.

Toutes les industries sont permises, y compris celle de charlatan. Il suffit de payer patente et de renoncer à l'estime du corps médical. Mais refuser de se soumettre à la patente et prétendre conserver une place considérée dans le monde scientifique, cela ne s'était pas encore vu. Tout arrive, et la preuve nous parvient cette fois d'un pays voisin. Un médecin, professeur dans son pays, installe à Paris un cabinet de consultations. Tous les deux mois il paraît pour quelques jours : le temps de répandre la bonne semence à des privilégiés d'élite et de repartir le gousset garni. Ici la bonne semence est d'une simplicité qui fait honneur à l'intelligence de son inventeur ; il sait que le public est candide, point n'est besoin de se mettre en frais d'imagination pour attirer les badauds. La thérapeutique du bonhomme consiste en deux points essentiels : la prescription des macaronis et des pots de confitures de myrtilles. Il y a des macaronis de diamètres différents, des pots de confitures de contenance inégale. La difficulté, et c'est là où se révèle l'œil du clinicien, consiste, devant un malade, à ne pas commettre d'erreur. Le macaroni, de quel diamètre, le pot de confitures de myrtilles, de quelle contenance faut-il les prescrire ? Les sourcils plissés et le front dans sa main, le médecin réfléchit sur le problème. Tout à coup, son regard s'illumine, son geste se précise. Il a trouvé. C'est le pot de confitures de myrtilles n° 2, le macaroni n° 3 qui va produire le miracle.

Au point de vue psychologique, la méthode ne manque pas de valeur. Les dyspeptiques sont volontiers des nerveux ; la singularité du régime pique leur attention. Ils se disent : du macaroni, de la confiture de myrtilles, cela ne m'a pas encore été conseillé. Le médecin qui les

ordonne arrive de loin et ne figure pas dans le Bottin. Comment le remède ne serait-il merveilleux ?

En d'autres temps, un personnage correct et grave se serait rendu chez le guérisseur en question : du salon bondé de clients qui attendent leur tour, ce personnage eût été introduit tout de suite dans le cabinet. « Monsieur, aurait-il dit, je suis désolé ; vous voyez en moi le commissaire de police et je vais vous dresser procès-verbal. En France, quand on prescrit des macaronis et des pots de confitures de myrtilles, il faut d'abord avoir son diplôme de docteur et ensuite payer patente. » Ce qu'ayant appris, le docteur-professeur exotique eût rangé à la hâte dans sa malle ses pots de confiture de myrtilles et ses macaronis, et eût repris, pour regagner son pays, l'express de 8 h 35.

Malheureusement, le Monsieur correct et grave est occupé aujourd'hui à toute autre besogne. Réprimer l'exercice illégal de la médecine ne constitue pas un service politique. Cela ne fait pas monter en grade et n'assure pas de décoration. Or, la Loi est créée non pour le public, mais pour les fonctionnaires. Elle n'est pas une garantie pour ceux qui s'y soumettent, mais un marche-pied pour ceux qui l'exécutent. Chacun sait ça.

Le Propriétaire-Gérant : P. JOUSSET.

L'ART MÉDICAL

SEPTEMBRE 1903

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

LA PRÉDISPOSITION DÉFINIE ET L'HÉRÉDITÉ MORBIDE A PROPOS
DE LA THÉORIE DU PLASMA GERMINATIF DE WEISSMANN

Le D^r Jankelevitch (de Bourges), a publié dans la *Semaine Médicale* (2 septembre 1903), un travail sur la théorie du *plasma germinatif*. C'est de ce travail que nous désirons entretenir nos lecteurs.

Weissmann se réclame de la théorie de l'Evolution et du Darwinisme ; nous ne le suivrons pas sur ce terrain ; l'hypothèse de la sélection naturelle est tellement contraire à l'observation qu'il est inutile de recommencer la discussion d'un système qui repose entièrement sur cette hypothèse démontrée fausse.

En quoi consiste la théorie du plasma germinatif ? Weissmann choisit pour sa démonstration la multiplication des êtres *monocellulaires*. Lorsqu'un de ces organismes a atteint un certain développement, il se divise en deux, par scissi-

parité, et constitue alors deux êtres absolument semblables, en sorte que le premier continuerait sa vie dans le second, et, comme cette multiplication n'a point de limite, il en résulterait que la cellule monocellulaire serait douée d'*immortalité* (p. 286).

« Or, comme un organisme monocellulaire n'est au fond qu'une cellule sexuelle, le *plasma germinatif est immortel* » (p. 886.)

Il ne faut pas trop s'effaroucher de cette qualité d'immortalité accordée à une cellule qui peut facilement être anéantie. « L'infusoire, dit l'auteur de l'article, n'est immortel que parce qu'il *revit* dans ses descendants ». L'action de revivre dans sa descendance ne prouverait tout au plus que l'immortalité de l'espèce ; mais nous sommes habitués à rencontrer chez nos savants modernes de ces hardiesses d'expression qui donne une pauvre idée de leur science philosophique.

Cette idée assez confuse d'immortalité, attribuée au plasma germinatif par Weissmann, sert de base, à cet auteur, pour sa théorie de l'hérédité.

Quoique partisan de la doctrine de l'Evolution, Weissmann considère que les espèces sont maintenant *fixes* et *permanentes* et Bard propose de modifier la formule de Virchow : *Cellula e cellula*, par celle-ci : *omnis cellula e cellula ejusdem generis*. Nous ne pouvons que nous réjouir de ce retour à la doctrine de la fixité des espèces. Mais combien vagues encore sont toutes ces aspirations à s'affranchir du positivisme de Comte, et comme tous ces savants modernes bégayaient, lorsqu'il s'agit de question de nature et d'origine !

Laissant de côté la question de savoir s'il existe des *caractères nouveaux acquis et transmissibles par hérédité*, examinons la conception de l'*hérédité pathologique*.

Le Dr Jankelevitch commence par une critique aussi sévère que mal fondée de la doctrine de la prédisposition avant Pasteur. A croire ce médecin, la prédisposition n'était qu'une *entité* faisant partie d'un *vitalisme* aussi vague que *mystique*, ou bien encore une *expression purement verbale, métaphysique même* (p. 288 et 290). Qu'est-ce qu'une expression purement verbale ou métaphysique ? Ou un vitalisme aussi vague que mystique ? La métaphysique qui étudie les questions d'origine et de nature ne peut être assimilée à des *expressions purement verbales* par des savants qui veulent qu'on enseigne que toute cellule provient d'une cellule de même espèce et comment une définition de la prédisposition, si défectueuse qu'elle soit, peut-elle être mystique ? Mais aujourd'hui quand on a articulé contre une doctrine l'accusation de *mysticisme* ou de *métaphysique*, cette doctrine est déconsidérée, comme autrefois les adversaires de Broussais étaient pulvérisés par la qualification d'*Otonlogistes*.

Quand, il y a plus d'un demi-siècle J. P. Tessier, formulant la doctrine étiologique des *prédispositions définies*, enseignait que chaque animal pâtit suivant son espèce, et que, dans chaque espèce, les individus sont malades suivant leur nature propre ; quand il démontrait la vérité de cette formule, non par des considérations de haute philosophie, mais par les faits empruntés à l'étude des immunités naturelles, faisait-il du mysticisme, de la métaphysique ? Non, il faisait de la science et de la science expérimentale.

Les travaux de laboratoires nous ont appris à compter avec les immunités naturelles des espèces animales et des individus dans chaque espèce ; elles ont montré combien ces immunités étaient nombreuses et intransigeantes ; elles ont donné une nouvelle force à la démonstration de la formule du D^r Tessier, mais c'est à ce grand médecin que revient l'honneur d'avoir donné la véritable formule de la prédisposition définie.

Maintenant que trouvons-nous encore dans cet article du D^r Jankelevitch ? Une exposition confuse, mais assez complète de l'étiologie, de l'étiologie générale, telle que l'expose notre école.

La nécessité de deux facteurs pour la production d'une maladie : la prédisposition d'abord, puis les circonstances extérieures ensuite. Ainsi le bacille de Koch ne peut développer la tuberculose qu'à la condition de trouver un terrain, une prédisposition qui lui permette de progresser, autrement il reste à l'état latent.

Comme nous, M. Jankelevitch remarque que ce ne sont pas les mêmes affections ni les mêmes espèces morbides qui sont héréditaires. Ainsi la folie peut engendrer l'hystérie, l'épilepsie, la neurasthénie et réciproquement.

Une affection tuberculeuse peut produire héréditairement une autre affection tuberculeuse. Un phthisique peut avoir des enfants qui meurent de méningite ou d'affection osseuse et réciproquement un mal de Pott peut avoir des enfants phthisiques. Tout cela a été enseigné publiquement, tout cela est écrit dans les journaux et dans les livres, mais si on ne lit pas on s'expose à découvrir l'Amérique après Christophe Colomb et Vespuce.

D^r P. JOUSSET.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

CELLULITE GOMMEUSE PELVIENNE SIMULANT UNE TUMEUR MALIGNE
DU PETIT BASSIN ; SURVENUE A 34 ANS SUR UN SUJET HÉRÉDO-
SYPHILITIQUE ; — ET GUÉRIE PAR LE TRAITEMENT MIXTE.

J'apporte à l'Académie (1) un fait clinique qui me semble triplement curieux.

D'abord, c'est un cas avéré de *tumeur syphilitique du petit bassin*, tumeur intéressant la vessie et le rectum, tumeur simulant au plus haut degré une production maligne, et guérie, rapidement et complètement guérie — à l'étonnement, à la stupéfaction générale, puis-je dire, — par le traitement spécifique.

En second lieu, cette lésion dérivait d'une infection *héréditaire*, et s'était produite à 34 ans, comme première manifestation (au moins connue, remarquée) d'hérédité spécifique.

Troisième point, et celui-ci le plus piquant : la nature syphilitique de cette lésion n'a été soupçonnée, ou tout au moins l'institution du traitement spécifique n'a été décidée que d'après un stigmate d'hérédité spécifique constaté non pas sur le malade, mais sur un frère aîné du malade.

(1) Nous empruntons au *Journal des Praticiens* (25 octobre 1902) cette très intéressante communication du Prof. Fournier à l'Académie de Médecine.

Très brièvement, voici le fait :

En décembre dernier, je fus mandé en consultation près d'un malade âgé de 34 ans, que l'on me disait affecté d'une tumeur du petit bassin, tumeur diagnostiquée sarcome, et déclarée inopérable par trois de mes collègues de la Faculté. On désirait savoir de moi « s'il n'y aurait pas quelque chance pour que la dite lésion derivât d'une origine syphilitique », bien que le malade reniât tout antécédent suspect.

Je trouvai un malade pâle, amaigri, débilité, tendant déjà visiblement à la cachexie. — Depuis plusieurs mois, à l'exclusion de toute autre localisation morbide, il souffrait d'une gêne vague dans le petit bassin, avec tous symptômes progressivement croissants de compression vésico-rectale, à savoir : miction très fréquente, pénible ; constipation constante ; selles difficiles, rubannées, comme passées à la filière, souvent impossibles sans le secours de purgatifs ou de lavements. — Actuellement, le palper abdominal et le toucher rectal révèlent de la façon la plus nette l'existence d'un infiltrat volumineux, étalé, très étendu, qui tapisse presque toute l'excavation pelvienne en la débordant en avant et du côté gauche. Ainsi, au-dessus du pubis, dans l'étendue de deux à trois travers de doigt, et dans la région iliaque gauche sur une hauteur un peu plus considérable, on sent une tumeur en nappe, d'une épaisseur de 2 centimètres environ. Cette tumeur semble se réfléchir sur la vessie et plonger dans l'excavation pelvienne. — Libre dans son extrémité inférieure, le rectum est enserré plus haut par cet infiltrat pelvien et ne se laisse pénétrer par le doigt que difficilement et avec douleur. En autres termes, on sent l'intestin compris dans une sorte de gangue qui l'entourne de toutes

parts et en efface le calibre. — Pas de bosselures en aucun point, sauf à droite, où l'on perçoit très vaguement quelques nodosités semblables à de petites noisettes, avec une sorte de bourrelet qui semble rattacher la masse totale à la fosse iliaque. — Sur toute son étendue, l'infiltrat pelvien est dur, ligneux ; nulle part n'existe de portion plus molle. — Partout également, la lésion est indolente. — Pas de développement ganglionnaire.

Du reste, nul trouble des grandes fonctions ; — et anamnèse muette quant aux antécédents personnels ou héréditaires.

En ce qui concerne la syphilis, spécialement, aucun souvenir d'un accident quelconque. Pas le moindre stigmate accusateur sur la peau, les muqueuses, le système osseux. — Mais, dans les antécédents de famille, une particularité suspecte, à savoir : singulière mortalité infantile. Le malade a eu quinze frères ou sœurs, dont douze sont morts, la plupart en bas âge.

On sait quelle indication se rattache le plus souvent à ces hécatombes d'enfants. Donc, sur cette donnée, je me mis à rechercher sur mon malade ces fameux stigmates, qui, en tant de cas, servent de si précieux indices révélateurs de la tare hérédo-syphilitique. Vains efforts. En dépit d'une longue et minutieuse investigation, je ne trouvai rien, rien, pas la plus légère dystrophie, par la moindre irrégularité organique. Les dents, par exemple, étaient absolument indemnes, les testicules, les os, les pupilles, etc., à l'état normal. Les yeux seuls, quant à l'état de leurs membranes profondes, restaient à examiner, car on sait aussi quelles utiles notions peut fournir parfois l'exploration ophtalmoscopique

au diagnostic en question. Donc, je demandai qu'un examen de ce genre fût pratiqué le plus tôt possible sur le malade, et, différant jusque-là toute décision thérapeutique, je me retirai.

Or, c'est ici que commence le pittoresque de l'observation : quelques heures ne s'étaient pas écoulées depuis cette consultation, que je recevais chez moi la visite d'un Monsieur, qui n'était autre que le frère aîné (36 ans) du malade dont je viens de parler : « Je viens pour deux raisons, me dit ce Monsieur. D'abord, je vous apporte un renseignement. Tenez pour presque certain que notre père a été affecté de syphilis. Puis, je suis inquiet pour moi, d'après ce que je vois sur mon frère. Je viens donc vous prier de m'examiner et de me dire si j'ai quelque chose à craindre. »

Je vous laisse à penser si je me hâtai de profiter de l'heureux concours de circonstances qui se présentait à moi. J'examinai donc ce Monsieur, en recherchant sur lui avec la plus scrupuleuse attention des témoignages d'une hérédité spécifique. Mais sur lui, comme sur son frère, recherche vaine. Rien, absolument rien, de nature à éveiller un soupçon. Restaient les yeux à explorer. Je l'adressai au même ophtalmologiste (D^r Antonelli), qui devait examiner son frère.

Le lendemain, je recevais de M. Antonelli une note détaillée se résumant en ceci : « 1° Sur votre malade (le malade à la lésion pelvienne), rien autre que des stigmates rudimentaires, légers, du fond de l'œil, pouvant bien éveiller un soupçon, mais ne permettant pas une affirmation d'hérédo-

syphilis : — 2° en revanche, sur son frère aîné, stigmates *certain*s de syphilis congénitale » (1).

Sur cette donnée, mon parti fut pris. Je me décidai à soumettre le malade, non pas à un de ces traitements mollasses et de pure forme, comme on en prescrit souvent alors qu'il n'est rien à en espérer, mais à un véritable traitement spéci-

(1) Voici la note qui m'a été remise sur l'examen ophtalmoscopique de ces deux sujets par mon distingué confrère, le Dr Antonelli :

« 1° Malade affecté de lésion pelvienne. Acuité visuelle parfaite pour les deux yeux ; de même réaction pupillaire normale. A l'ophtalmoscope, papilles optiques et vaisseaux absolument indemnes. Corio-rétine présentant une *dystrophie pigmentaire* diffuse, sous forme de marbrures irrégulières. Petites plaques de *surpigmentation* et de *dépigmentation* choroïdienne, prononcée surtout à la périphérie du segment inférieur du fond de l'œil gauche. Mais, au total, rien que des stigmates rudimentaires et trop faiblement accentués pour avoir une signification réelle.

« 2° Frère du malade (40 ans). — Pupilles réagissant normalement. Myopie double plus accentuée à droite. Légère astigmatie des deux côtés. L'examen ophtalmoscopique révèle sur les deux yeux des stigmates non douteux, *certain*s même, de syphilis congénitale, à savoir : sur la chorio-rétine, *dystrophie pigmentaire* très accentuée, à foyers grenus (telle qu'elle est représentée dans ma thèse de 1897) ; papilles petites, de coloration grisâtre, coiffées de petites plaques atrophiques ou pigmentaires qui sont les vestiges d'une chorio-rétine péri-papillaire ; bords de ces papilles plats, irréguliers, cachant parfois les vaisseaux qui, eux aussi, présentent des stigmates rudimentaires d'ancienne artérite ou périartérite. — Toutes ces altérations sont plus prononcées à droite, et, en effet, le malade se souvient très bien que, dès son jeune âge, cet œil était plus myope qu'le gauche ».

fique (injections mercurielles et iodure de potassium, à bonnes doses), traitement capable de produire un effet curatif au cas où un effet curatif ne serait pas impossible. Et cependant à cette époque, je dois l'avouer, je n'avais guère confiance. Je n'avais certes jamais rien vu, et mes lectures ne me rappelaient rien dans la syphilis qui ressemblât à la lésion de mon malade, ni comme siège, ni comme étendue et forme d'infiltrat, ni comme physionomie générale. Qu'on me passe la façon de dire, j'aurais parié, et parié gros contre la syphilis et contre l'heureux résultat de mon traitement, en faveur d'un cancer et d'une issue d'autre genre. Eh bien ! j'aurais perdu.

Et, en effet, le traitement en question (injections de benzoate mercuriel à 2 centigr. par jour, et iodure de potassium, de 4 à 6 grammes quotidiennement) était à peine institué depuis une semaine que déjà un semblant de mieux s'annonçait. Dix jours plus tard, il n'y avait plus de doute. Un processus résolutif s'était constitué dans la tumeur, qui semblait s'atrophier, se réduire sur tous les points. Dès le vingtième jour on pouvait la dire diminuée d'un bon tiers. Bref, après deux mois, il n'en restait plus trace ; elle s'était résorbée, elle avait *disparu*, absolument et complètement disparu. Parallèlement, l'état général s'était modifié de la façon la plus heureuse ; le malade avait engraisé de 8 kilos, se trouvait débarrassé de tous ses anciens troubles vésicaux et rectaux, et accusait une santé parfaite, qui s'est continuée telle depuis lors.

Donc, nul doute, car de telles guérisons ne se discutent pas, doublement significatives qu'elles sont, et par la rapidité et par l'intensité du processus curatif. De toute évi-

dence, c'était bien à une lésion syphilitique que nous avons eu affaire, mais à quelle lésion ? Bien manifestement à une lésion gommeuse, car il n'est que la gomme pour présenter ces résolutions aussi prodigieuses, et ces résorptions aussi extraordinairement hâtives que celle dont nous avons été témoin. — Mais où siégeait cette gomme ? Quel, organe, ou quels organes en avaient été le substrateur originel, primitif ? Question plus malaisée à résoudre, assurément. Toutefois, étant donnés la diffusion extrême, et, si je puis ainsi parler, le dispositif géographique de l'infiltrat, il semble difficile de croire que la lésion ait pu siéger ailleurs que dans le *tissus cellulaire* de la région. Logiquement, il n'est guère à supposer que les viscères pelviens, vessie et rectum principalement, aient été affectés pour leur compte et dans leur parenchyme ; il semble bien plus rationnel d'admettre qu'ils ont été simplement coiffés, enveloppés, enserrés par l'infiltrat. Auquel cas, la lésion aurait consisté simplement en ceci : une *cellulite pelvienne gommeuse*. C'est sous ce titre, en tout cas, que j'ai été amené à la présenter à l'Académie.

De ce qui précède résulte un enseignement, auquel pourront se joindre quelques considérations dignes, je crois, d'intérêt.

I. — L'enseignement, le gros enseignement est que dorénavant il faut compter au nombre des accidents possibles de la syphilis la production *d'infiltrats pelviens*, intéressant (au moins secondairement) la vessie et le rectum, simulant par leur importance, leur dureté, leur physionomie générale, les tumeurs malignes, mais susceptibles, comme toutes les lésions gommeuses, de résorption et de guérison

rapide, si peu qu'on en soupçonne la spécificité d'origine et qu'on mette en œuvre le traitement spécifique.

Cela, à coup sûr, constitue un *fait nouveau* à inscrire dans nos pathologies. Pour ma part, je le déclare, le cas que je viens de raconter est le premier du genre que j'aie rencontré sur ma route ou du moins que j'aie remarqué. Je n'ai pas trouvé non plus mention de cas semblables dans la littérature médicale. Notre éminent collègue M. Guyon, dont l'expérience est si grande en la matière, m'a dit également n'avoir rien observé d'analogue jusqu'à ce jour.

II. — En l'espèce, cette cellulite gommeuse pelvienne a été le produit non pas d'une syphilis acquise, mais d'une syphilis *héréditaire*. Or, à ce point de vue spécial de l'hérédité spécifique, quelques remarques doivent trouver place ici.

1° A noter d'abord que la lésion s'est produite chez notre malade à l'âge de 34 ans, et qu'elle n'avait été précédée (au moins d'après son dire et celui de son frère) d'aucune autre manifestation spécifique, bien certainement en tout cas, d'aucune manifestation assez importante pour laisser des traces dans le souvenir ou des stigmates sur les tissus.

Voilà donc, en conséquence, une hérédité syphilitique se traduisant à une *étape lointaine* de la naissance (34 ans) et se traduisant ainsi pour la première fois, donnant pour la première fois (qu'on me passe l'expression) signe de vie dans la période adulte de l'existence.

Qu'il y a loin de cela avec les croyances d'un temps encore voisin du nôtre où l'on se représentait la syphilis héréditaire comme confinée, sinon à la première enfance, tout au moins

à l'enfance et l'adolescence ! Or, des faits ultra-nombreux relevant d'une observation plus récente sont venus établir que les accidents de la syphilis héréditaire peuvent se produire, pour ainsi dire, à *tout âge*, dans la jeunesse, dans l'âge mûr et même dans la vieillesse. Je suis bien certain d'en avoir observé à 40, 50, 60 ans et même au-delà. — Il est plus difficile d'établir (bien moins important aussi, à la vérité) que l'hérédité spécifique, elle, peut se manifester *pour la première fois* à ces étapes plus ou moins avancées de la vie, j'entends sans s'être jamais traduite antérieurement par quelque manifestation d'ordre quelconque. Quelques faits cependant — et le nôtre est de ce genre — semblent démontrer l'authenticité de ces entrées en scène si singulièrement tardives.

En tout cas, l'existence de ce qu'on pourrait appeler une *syphilis héréditaire de l'âge mûr* est un fait actuellement avéré, irrécusable. On ne le conteste pas théoriquement, c'est vrai ; mais de fait, en pratique, on est loin d'y prêter toujours une attention suffisante ; de là tant et tant de cas de cet ordre qui restent méconnus.

2° Un second point non moins digne de remarque consiste en ceci que, sur notre malade, comme sur son frère également l'hérédo-syphilis ne se traduisait (réserve faite pour les signes ophtalmoscopiques dont je parlerai dans un instant) par *aucun stigmate appréciable*. Rien d'apparent ne dénonçait sur eux la tare héréditaire.

Or, on a tellement parlé, et avec toute raison, ces derniers temps, des *stigmates* de l'hérédo-syphilis (triade d'Hutchinson, infantilisme, malformations crâniennes, bosselures crâniennes, difformités nasales, difformités osseuses, cic-

trices cutanées ou muqueuses, dystrophies natives de tout ordre, etc.) qu'on ne conçoit plus guère l'hérédo-syphilis sans stigmat. Eh ! bien, c'est un tort. A coup sûr, il est absolument commun, usuel, que la tare héréditaire se traduise objectivement par tel ou tel de ces indices révélateurs qui (soit dit au passage) rendent au diagnostic de si utiles services ; mais ce qui n'est pas moins vrai, d'autre part, c'est que, parfois et le plus souvent qu'on ne le pense, l'infection héréditaire ne se dénonce par aucune malformation, aucun stigmat, aucune dystrophie appréciable. A prendre pour exemple le système maxillo-dentaire, un des plus éprouvés à coup sûr par l'hérédité syphilitique, ce système est bien loin d'être toujours influencé par ladite hérédité. Assez souvent au contraire il reste indemne ; il était indemne chez nos deux malades. J'ai même vu maintes fois des hérédo-syphilitiques avoir de belles dents, de fort belles dents. Comme spécimen je citerai le cas d'une jeune fille issue de père et mère syphilitiques, syphilitique elle-même et morte à 18 ans d'un tabes syphilitique, qui présentait des dents superbes, admirables et du plus beau type.

Il est donc des hérédo-syphilitiques que j'appellerai *trompeurs* en ce sens qu'ils se présentent avec les meilleures apparences, sous les allures de sujets exempts de toute tare héréditaire, alors qu'en réalité ils sont sous le coup de la tare la plus malfaisante.

III. — Dans le cas actuel, *comment se fit le diagnostic ?* C'est-à-dire par quels signes fut-on conduit à rechercher, à soupçonner d'abord, puis à reconnaître plus tard l'hérédité syphilitique ?

Le premier soupçon, le premier éveil dériva de l'effroyable *polymortalité infantile* qui avait sévi sur la famille du malade, à savoir : sur 15 frères et sœurs, 12 morts, et morts en bas âge pour la plupart. C'est bien positivement ce signe, ce merveilleux signe (il n'y a pas exagération à le qualifier ainsi, étant donnés les services qu'il peut rendre) qui, en l'espèce, a été *révélateur* ; c'est lui pour le moins qui a signalé et ouvert la piste, et la bonne piste.

Et, en effet, alors que, dans une famille, toute une série de grossesses a abouti à des *morts multiples* (morts par avortement ou par accouchement prématuré, morts à la naissance ou peu de temps après la naissance, ou à certain terme au-delà), ce seul renseignement doit suffire à éveiller un soupçon dans l'esprit du médecin. C'en est assez, dirai-je, pour que le médecin ait obligation de songer à la syphilis comme cause possible, voire probable, de cette polymortalité infantile, et, par conséquent, pour considérer les survivants, s'il y en a, comme possiblement entachés d'une tare hérédo-spécifique. Non pas, à coup sûr, qu'il n'y ait que la syphilis pour faire avorter les femmes et pour tuer les enfants. D'autres causes morbifiques en font bien autant, si ce n'est pis, telles par exemple que le saturnisme et l'intoxication professionnelle des ouvrières qui travaillent le tabac. Mais, réserves faites pour ces deux ordres de cas qui ne sont que très exceptionnels, la syphilis, on peut le dire, est de toutes les maladies (même y compris la tuberculose et l'alcoolisme) celle qui produit le plus d'avortements et qui tue le plus d'enfants en bas âge. J'en appelle sur ce point aux statistiques de mon cher collègue et ami, le D^r Pinard.

D'où le parti diagnostique possible à tirer d'un tel signe.

D'où, encore, l'obligation pour le médecin de toujours songer à ce signe, alors qu'à propos d'une lésion donnée il est conduit à se demander si cette lésion ne pourrait pas dériver de l'hérédo-syphilis. D'autant qu'un tel renseignement n'est sujet ni à caution, ni à confusion, ni à oubli. Des avortements, des accouchements avant terme, des morts d'enfants, ce sont là de gros faits, des faits positifs, patents, qui ne sauraient passer inaperçus, qui ne s'oublient pas, et qu'on est sûr, quand ils se sont produits, de retrouver dans les commémoratifs.

En second lieu, le diagnostic d'hérédo-syphilis a été confirmé par les résultats de l'*exploration ophtalmoscopique*.

Je n'insisterai pas ici sur la valeur des stigmates du fond de l'œil en tant qu'indices révélateurs de la tare hérédosyphilitique ; c'est là un sujet sur lequel je n'aurais pas compétence et qui, du reste, a été traité tout au long, ces dernières années, par un ophtalmologiste distingué, M. le D^r Antonelli, à qui nous devons de très intéressantes recherches sur ce point.

Mais, en revanche, je ne craindrai pas de rappeler, pour le faire remarquer une fois de plus, le mode séméiologique au moins singulier d'après lequel la tare hérédosyphilitique acheva d'être à peu près démontrée chez notre malade. Et, en effet, ce n'est pas de par un stigmate personnel que le dit malade se trouva à peu près convaincu d'hérédo-syphilis, mais bien de par un stigmate observé chez son frère aîné. Avec toute raison il le disait lui-même : « Ce sont les yeux de mon frère qui m'ont sauvé. »

Ce procédé diagnostique, constituant ce qu'en langage

technique nous appelons l'*examen des collatéraux*, n'a rien que de rationnel, les enfants des mêmes générateurs étant naturellement appelés à présenter les mêmes prédispositions morbides, les mêmes tares héréditaires. En toute évidence, la constatation d'un accident ou d'un stigmate de syphilis sur tel enfant d'une famille implique que tel autre enfant de la même famille se trouve, lui aussi, suivant toute vraisemblance, sous le coup de la même infection. Aussi bien l'enquête sur les collatéraux est-elle susceptible de fournir à la pratique les plus utiles services, en éclairant parfois un cas obscur d'une lumière indirecte.

C'est là cependant une méthode que l'on néglige, tout au moins à laquelle on n'a pas recours assez souvent. Or, pour l'avoir tout au contraire mise à l'épreuve bien des fois, voire d'une façon presque systématique, je suis autorisé à la dire bonne, excellente, et je lui dois de nombreux succès diagnostiques, comme le suivant, qu'il ne sera peut-être pas inutile de citer comme exemple.

On nous amène à Saint-Louis une petite fille de 12 ans, pour une ulcération d'une jambe, ulcération datant de deux à trois ans, considérée comme « scrofuleuse », nous dit-on, traitée comme telle, et néanmoins rebelle à tous les agents de la médication anti-scrofuleuse. Par elle-même, objectivement, la lésion n'a pas de physionomie distinctive. Nous recherchons la syphilis ou l'hérédo-syphilis. Mais nous ne trouvons rien. D'une part, aucun renseignement à espérer sur le père qui est inconnu, non plus que sur la mère qui est morte. Et, d'autre part, absence absolue de tout stigmate d'hérédité spécifique. On nous dit que l'enfant a un frère, plus âgé de deux ans. Nous demandons à le voir ; il nous est

amené et nous trouvons sur lui toute une série de stigmates indéniables d'hérédo-syphilis : infantilisme, — testicules scléreux, — malformation tibiale « en lame de sabre », — érosions dentaires, etc., etc. Notre diagnostic est aussitôt posé : frère hérédo-syphilitique ; donc, sœur vraisemblablement hérédo-syphilitique également, et lésion actuelle dérivant, non pas de la scrofule, mais de la syphilis. Sur cette base, on institue la médication spécifique. Résultat : Guérison, *en moins de trois semaines*, d'une ulcération qui remontait à deux ans et demi.

Aussi, je le répète, convient-il de poser ceci en principe comme règle de conduite pour la pratique :

Etant donnée une lésion ou un ensemble morbide pouvant ressortir à l'hérédo-syphilis sur un sujet dont la qualité hérédo-syphilitique reste douteuse pour une raison ou pour une autre (disette de renseignements ou absence de stigmates, n'importe), *ne jamais négliger de recourir à l'examen des collatéraux* ; et cela, parce que cet examen est capable de fournir des documents formels, décisifs, sur l'existence d'un état syphilitique dans la famille.

Tel est, Messieurs, le cas sur lequel je désirais appeler l'attention de l'Académie, cas se résumant au total en ceci :

Tumeur du petit bassin, intéressant la vessie et le rectum ; — se présentant sous la physionomie d'une tumeur maligne et considérée comme telle par tous les médecins ou chirurgiens qui l'ont vue (moi compris, bien entendu) ; — tumeur heureusement jugée inopérable, en raison de son étendue, de ses diffusions et de ses connexions avec les viscères pelviens.

Alors, soupçon d'hérédo-syphilis, né d'une poly-mortalité

considérable dans la famille du malade ; — absence sur le malade de tout accident antérieur, de tout stigmate légitimant ce soupçon ; — mais découverte, sur un frère aîné du malade, de stigmates ophtalmoscopiques nettement accusateurs d'une infection syphilitique héréditaire.

Sur cette donnée, institution empirique (et sans véritable espoir, je le répète), d'un traitement spécifique mixte ; — tout aussitôt, début de résorption de la tumeur, qui disparaît complètement, absolument, en moins de deux mois.

Donc, diagnostic de la lésion pouvant, ce me semble, être formulé en définitive de la façon suivante : *Cellulite gommeuse pelvienne, survenue à l'âge de 34 ans sur un sujet hérédo-syphilitique.*

P^r FOURNIER.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

OBSERVATION. — *Endocardite chronique. Congestion énorme du foie (?). Ascite. Pas d'anasarque. Bryone. Calomel. Digitaline. Théobromine. Spartéine. Tisane d'orge. Liquide hépatique. Ponction.*

Mlle X..., âgée de 32 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Jacques, le 28 février 1903, grande salle, n° 2. Cette malade souffrait d'une affection cardiaque depuis déjà longtemps et présentait à son entrée l'état suivant : L'état général est bon ; la malade a de l'appétit et du sommeil.

Cœur : souffle systolique dur à la pointe, caractéristique de l'insuffisance mitrale. A la base on constate un souffle systolique et diastolique très rude aussi.

Le pouls est petit ; le tracé sphygmographique présente surtout le caractère du pouls de l'insuffisance mitrale ; la pression artérielle est de 11.

Cette malade ne présente point d'anasarque, mais une ascite très avancée comme dans les affections du foie ; cette ascite a débuté il y a trois mois et a déjà nécessité une ponction, pratiquée à la fin de décembre ; on n'a retiré que deux litres de liquide et l'ascite n'a commencé à se reproduire que trois semaines après.

Le premier médicament prescrit a été la bryone qui, il y a quelques années, nous a donné un succès dans un cas analogue ; ce médicament a été continué pendant six jours, à la dose de 30, 40 et 50 gouttes par jour. Les urines qui étaient d'un litre ont atteint 1 litre 750, mais l'ascite n'ayant pas été modifiée, nous avons prescrit le calomel, 5 et 10 centigr. de la 1^{re} dilution décimale pendant quatre jours ; les urines sont tombées à 1 litre 500. L'ascite n'a pas été modifiée. Nous avons prescrit alors la digitaline chloroformique à la dose de 40 gouttes de la 3^e dilution décimale. Le premier jour, les urines sont tombées à 600 gr., se sont relevées ensuite, mais n'ont jamais dépassé 1 litre 500.

J'ai alors prescrit la théobromine, 1 gr. 50, le premier jour, 2 gr., ensuite, continué six jours. Sous l'influence de ce médicament les urines ont atteint 2 litres 400 ; le pouls est devenu plus régulier, mieux frappé ; la pression artérielle est montée à 12. Cependant l'ascite augmentait toujours. Et le 24 mars, nous avons fait une ponction qui a permis de

retirer 6 litres de liquide. Nous avons pu constater alors que le foie, très volumineux, descendait au-dessous de l'ombilic, dur et lisse au toucher. Le sulfate de spartéine, prescrit alors à la dose de 5 centigr. par jour, a produit peu d'effet, les urines sont tombées à 1 litre. C'est alors que j'ai prescrit comme diurétique 2 litres de tisane d'orge avec du sirop de cerise. La diurèse s'est accrue beaucoup, mais irrégulièrement ; quelquefois 1 litre 500, mais d'autres fois 2 litres 600 ou 800 et même 3 litres. La pression artérielle restait à 11. Mais le péritoine se remplissait de nouveau et une ponction, pratiquée le 8 avril, 15 jours après la dernière, permettait de retirer 9 litres de liquide.

Nous prescrivîmes alors le liquide hépatique à la dose de 10 gouttes matin et soir ; et avec la digitaline les urines atteignirent 2 litres 500.

La **malade**, trouvant qu'elle ne guérissait pas assez vite, a quitté l'hôpital.

Réflexions. Cette affection est remarquable par le volume énorme du foie, l'ascite qui était liée à cette lésion hépatique et l'absence d'anasarque. L'intérêt clinique fait ici défaut parce qu'il ne nous a pas été possible de faire un diagnostic ferme de la lésion hépatique.

Nous ferons une autre remarque, c'est que l'eau d'orge, à la dose de 2 litres par jour, tient la tête de tous les diurétiques que nous avons donnés à cette malade ; son action a même été supérieure à celle de la théobromine.

D^r P. JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

LE CAFÉISME DANS LES DERMATOSES

Sous ce titre, M. Perfetti a publié une étude intéressante (1) dont nous voulons reproduire certains passages qui nous aideront à établir les indications du café dans les affections de la peau.

Dans l'historique, les études de médecine homéopathique de Hahnemann sont citées, ce qui ne se fait pas tous les jours et méritait d'être signalé.

L'effet principal du caféisme chronique sur la peau est le prurit qui se manifeste de différentes façons.

Le malade le compare, tantôt, au chatouillement que provoquerait une plume d'oiseau frôlant délicatement la peau, tantôt au fourmillement provoqué par un insecte qui se déplacerait incessamment sous les téguments ; souvent encore à des sensations de brûlure, de picotement, d'élanement.

Superficiel, il est aisément toléré par le malade : la pression la plus douce, le frottement le plus léger suffisant, en effet, à le faire disparaître.

Profond et térébrant, il oblige le malade à se gratter avec fureur.

Aussi, si, d'un côté, il ne laisse en fait de trace que de la

(1) Thèse de Paris, 27 nov. 1902, chez J. Rousset, Paris.

congestion, de la rougeur et de la chaleur ; de l'autre, des excoriations plus ou moins étendues en sont la conséquence.

Le prurit est quelquefois continu ; il présente plus souvent des périodes de rémission et d'exacerbation. Les accès sont, il est vrai, excessivement marqués le soir. Le prurit du matin, quoique très aigu, est bien loin d'offrir le même caractère de violence.

L'accalmie est presque complète la nuit.

La journée laisse un calme relatif au caféique, car l'impression d'un air froid ou chaud, l'action d'un courant d'air, les dépressions barométriques, la sueur, la fatigue intellectuelle, le travail exagéré du corps, le traumatisme moral excitent l'intensité du prurit.

L'ardeur pruriteuse augmente considérablement après l'absorption de café, surtout lorsque cette boisson est prise chaude.

Ses localisations sont multiples : généralisé, il existe sur tout le corps ; il respecte toutefois certaines régions, nous ne l'avons jamais constaté aux fesses, sur l'abdomen et sur les épaules.

Localisé, il a des sièges de prédilection qui sont par ordre de fréquence : la face antéro-externe de l'avant-bras, la face interne et externe de la jambe, la partie supérieure du thorax, le cou, la cuisse, la région génito-anale, le pubis et le scrotum chez l'homme, la vulve et le vagin chez la femme, le dos et la région du cou-de-pied.

Le caféisme, tout en étant la cause primitive du prurit, d'une dermatose, peut secondairement exagérer le symptôme prurit d'une affection cutanée d'essence prurigineuse.

D'ordinaire, le prurit s'amende et disparaît dans certaines

parties du corps pour revêtir un caractère particulier d'intensité au lieu de moindre résistance, là où la dermatose est définitivement constituée.

Le prurit, malgré son ardeur, peut n'amener objectivement aucune modification dans la vitalité et la nutrition des téguments ; l'action de l'ongle, le grattage, se manifestent simplement par des phénomènes de congestion, de rougeur et de tension de la peau.

Il entraîne parfois l'apparition de papules grosses ou petites rapidement excoriées par le malade, recouvertes de croûtelles noires, sanguines, sans caractère objectif bien net.

Plus souvent le caféique complique ces lésions tout à fait superficielles d'éruptions que M. Brocq caractérise de la façon suivante : « *Mode d'expression de la peau à étiologie et à pathologie variables, à aspects objectifs multiples.* »

C'est ainsi que le caféique étant incessamment soumis au frottement et au grattage de certaines régions de son corps voit à la suite de ce traumatisme de tous les instants survenir des modifications dans la texture et le fonctionnement de ses tissus cutanés.

L'état général du sujet, ses susceptibilités individuelles orienteront les lésions dans un sens morbide déterminé. On assistera à l'évolution progressive de la lichénification primitive au cas où la peau était apparemment saine, de la lichénification secondaire, quand le prurit se sur ajoute à une dermatose par elle-même prurigineuse. Les névrodermites multiformes, circonscrites ou diffuses, le prurigo simple, le prurigo de Hebra, le prurigo à lésions élémentaires de dimensions énormes avec lichénification et sans eczématisation, l'eczéma sous toutes ses formes seront aussi le

mode de réaction spéciale à chaque individu prédisposé qui a subi les effets de l'intoxication par le café.

Le caféisme chronique complique presque toujours l'affection cutanée.

M. Perfetti signale des troubles du *côté des voies digestives* : pituites matinales, aigreurs, régurgitations, nausées, vomissements, renvois, éructations acides, parfois pyrosis, crampes d'estomac, digestions pénibles, sensations de pesanteur au creux épigastrique après les repas, anorexie, constipation opiniâtre alternant avec des crises de diarrhée liquide et copieuse, souvent diarrhée avec coliques et ténésme.

Les malaises sont-ils tous dus au café ? L'alcool, dont on abuse souvent en même temps que du café pourrait revendiquer une part dans leur apparition.

M. Perfetti signale aussi du côté du *système hépatique* des douleurs vives à l'hypochondre droit avec irradiation dans la région de l'épaule, dégoût marqué des matières solides, de la viande en particulier ; du côté des reins : pollakiurie, rétention d'urine suivie par d'abondantes crises urinaires.

Nous pouvons, comme conclusion pratique, dire que nous supprimerons le café dans les cas de prurit, même lorsqu'il n'y aura pas eu abus antérieur ; nous pourrions essayer *coffea cruda* dans l'urticaire, le prurit anal, le prurit vulvaire ; dans tous ces prurits, lorsqu'ils présentent des périodes de rémission et d'exacerbation, lorsque les accès sont surtout violents le soir et très faibles la nuit.

D^r MARC JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

LE PERMANGANATE DE POTASSE DANS LA DYSMÉNORRÉE

Je n'ai point la prétention de faire connaître les propriétés thérapeutiques du manganèse, déjà connues et jugées depuis longtemps. Il a toujours été considéré comme un succédané du fer, succédané fort peu employé que je sache, quoiqu'il jouisse réellement de propriétés utiles. Déjà une certaine école anglaise ou américaine avait fait usage de cette drogue comme succédanée des préparations ferrugineuses, et préconisé le permanganate de potasse comme emménagogue.

J'ai tenté cet emploi à plusieurs reprises, d'abord dans des cas où les préparations martiales avaient été mal tolérées, puis systématiquement. J'ai huit observations : dont cinq de dysménorrhée douloureuse (quatre guérisons et un insuccès), et trois l'anémie manifestement améliorée. Je ne citerai, pour être bref, que les quatre cas de dysménorrhée où le remède m'a paru d'une grande efficacité, réservant pour la fin mes réflexions sur l'insuccès dans un cas.

Observation I. — C...., jeune fille de 17 ans, dysménorrhéique depuis l'instauration de ses règles, qui avait été tardive, fut soumise, vingt jours avant l'époque présumée des règles, à l'usage interne du permanganate de potasse. Ses règles apparurent. Les douleurs qui faisaient à la fille de

ses règles une véritable époque de souffrances, s'étaient considérablement atténuées, mais la quantité du sang restait minime. Je recommandai de ne pas suspendre l'usage du médicament pendant la menstruation. Le mois suivant les douleurs n'apparurent pas du tout, le sang avait augmenté de quantité, était devenu d'un rouge qui rendait heureuses la fille et la mère. Au troisième mois, les règles étaient absolument normales. Aujourd'hui, la fille compte quatre époques menstruelles absolument normales.

Obs. II. — F..., fille âgée de 15 ans, dysménorrhéique depuis sept mois, fut soumise, le 20 janvier, au même traitement. Vingt-cinq jours après l'usage du médicament les règles apparurent. Les douleurs, vives auparavant, persistaient, mais légères. Le sang restait peu coloré. Le mois suivant il ne restait que très peu de douleur. Le sang ne se colorait pas bien encore, mais avait augmenté de quantité d'une façon encourageante. Au troisième mois quantité et qualité normales du sang, et tellement peu de douleurs que je considère la fille parfaitement guérie.

Obs. III. — Presque en même temps que la fille de l'observation précédente, W..., fille de 16 ans, dysménorrhéique depuis cinq mois, vint me consulter. Je lui administrai des pilules au fer qu'elle ne put tolérer plus de six jours ; j'eus recours alors au permanganate de potasse. Son sang menstruel avait toujours été rouge ; mais sa quantité se réduisait à quelques gouttes. Ses douleurs avaient toujours été médiocres. Après vingt-deux jours de traitement, l'état ne se modifiait pas. Le sang restait toujours en très minime quantité. Au deuxième mois il n'y avait d'amélioration qu'au point de vue des douleurs qui avaient totale-

ment disparu. Au troisième mois la quantité avait augmenté légèrement. Au quatrième mois le succès était complet. Il y eut une véritable débâcle sanguine qui dédommagea la fille et ses parents des inquiétudes de sept mois.

Obs. IV. — S..., jeune femme de 22 ans, mariée depuis cinq ans, était restée depuis son mariage dysménorrhéique et nullipare. Elle est très anémiée. Après deux mois et demi de traitement, ses règles auparavant très pauvres en qualité et en quantité étaient redevenues presque normales, sans que l'anémie ait paru avoir été guérie.

Voilà les quatre observations les plus concluantes. Quant au cas d'insuccès, il s'explique facilement.

C'est une femme de 32 ans, nullipare, aménorrhéique depuis quinze mois. L'aménorrhée avait apparu avec une fausse grossesse qui dura onze mois et qui n'aboutit qu'à l'expulsion de... rien. Au bout de ce temps le ventre et les seins s'étaient affaîssés, le colostrum s'était tari, les troubles digestifs et tous ceux liés à la grossesse avaient disparu. Seule l'aménorrhée persistait et persiste encore aujourd'hui, malgré tous les traitements. J'attribue ici l'insuccès du traitement à la cause très probablement nerveuse de l'aménorrhée, cause sur laquelle le manganèse ne peut avoir aucune influence.

Mode d'action du permanganate de potasse. — Comme sel de manganèse il agit directement sur les globules, pour modifier leur structure, leur biologie. Il joue à cet égard le rôle des ferrugineux.

Comme permanganate de potasse il agit probablement sur les phénomènes nutritifs, sur les échanges sanguins, sur la respiration et la vie chimique du globule, par les pro-

priétés oxydantes très énergiques que tout le monde lui connaît. Ces constatations relèvent de la chimie biologique. Le praticien conclut des constatations cliniques. Les modifications très appréciables du sang menstruel, dans le cas particulier, ne laissent aucun doute sur les propriétés oxydantes du permanganate de potasse.

Le permanganate agit aussi comme emménagogue proprement dit, propriété connue depuis longtemps déjà. Quant aux cas d'anémie améliorés, l'action oxydante peut être aussi invoquée. Dans les conditions où je me trouvais, la numération globulaire n'a pu être pratiquée, et je ne conclus à l'amélioration des cas d'anémie que par la disparition des troubles liés à cette affection.

Avantages, doses et mode d'emploi du permanganate. — Dans tous les cas, ce sel a été très bien toléré par l'estomac. Il n'a causé ni constipation, ni diarrhée ; dans un cas seulement il a donné aux urines une légère teinte violette.

Mes doses ont varié de 0,05 à 0,30 centigrammes. Je préfère la forme pilulaire, étant plus commode, et ne colorant pas la muqueuse buccale. Pour me rendre compte de l'action du permanganate, je l'emploie sans excipient actif capable de masquer ou de renforcer son action. La période menstruelle ne contre-indique pas son usage. — Quand les essais cliniques se seront multipliés et qu'à côté des succès auxquels est infailliblement sujette toute médication, on aura vu les succès du permanganate de potasse, ce dernier cessera d'être, par l'idée et le fait, inévitablement lié à la chaudépisse.

(*Journal des praticiens.*)

D^r. AL. KHOURY.
de Beyrouth.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. LE RÉFLEXE CARDIAQUE D'ABRAMS ; SES APPLICATIONS AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT. — II. MULTIPLICITÉ DES CHANCRES SYPHILITQUES. — III. LA PANCRÉATITE OURLIENNE. — IV. PYOHÉMIE : PLEURÉSIE PURULENTE INTERLOBAIRE ; OSTÉOMYÉLITES ; INTERVENTION CHIRURGICALE ; GUÉRISON. — V. ENDOCARDITE A STAPHYLOCOQUES AU COURS D'UNE GROSSESSE AVEC DÉBUT DE TUBERCULOSE. TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE COLLARGOL. GUÉRISON DES ACCIDENTS SEPTICÉMIQUES, MALGRÉ LA PERSISTANCE D'UNE LÉSION ORIFICIELLE. — VI. LA NEURASTHÉNIE BILIAIRE. — VII. ORIGINE BILIAIRE DE LA MÉLANCHOLIE.

I

(*Séance du 24 juillet*). — MM. P. MERKLEN et HEITZ font une communication sur le *réflexe cardiaque d'Abrams*. Ce médecin anglais a démontré qu'une excitation mécanique de la région précordiale détermine une réduction de la matité et du volume du cœur. Il provoque ce réflexe par une friction énergique avec un morceau de caoutchouc ou de gomme à effacer ou simplement par le tapotage de la région avec le bord cubital de la main. Cette réduction de la matité cardiaque se fait toujours de haut en bas et surtout de

gauche à droite. Elle se constate même chez les sujets à l'état normal, surtout lorsqu'il n'y a pas un fort pannicule graisseux et des muscles développés ; elle est beaucoup plus marquée chez les malades atteints de dilatation du cœur et dure alors quelquefois pendant plusieurs heures.

Elle fait défaut dans les cas de péricardite avec épanchement, dans la symphyse cardiaque et dans la dilatation du cœur irréductible liée à une myocardite scléreuse.

L'absence du réflexe cardiaque est quelquefois momentanée dans les grandes dilatactions du cœur par une sorte d'inhibition temporaire du myocarde.

Les effets de l'excitation mécanique de la région précordiale peuvent être comparés à ceux qu'on observe à la suite des bains salins, carbo-gazeux.

L'application d'une vessie de glace sur la région précordiale, recommandée par Winternitz, produit des effets approchants et peut avoir une action très favorable sur les cœurs dilatés.

MM. LE GENDRE et COMBY, à propos de l'application précordiale de la glace, ont observé tous les deux que l'application intermittente produisait une sédation plus marquée que l'application continue, qui finit par causer du malaise.

II

M. QUEYRAT présente un malade et des moulages démontrant la *multiplicité des chancres syphilitiques*. La tradition médicale est que le chancre syphilitique doit être unique, ce qui fait que les médecins se contentent presque toujours

d'en constater un et ne pensent pas à en chercher sur d'autres points du corps.

Il présente le moulage d'un jeune homme de 17 ans qui était porteur à la fois d'un chancre syphilitique du fourreau et de l'index gauche.

Il présente un malade de 30 ans qui présente à la fois un chancre du fourreau et un à la face muqueuse de la lèvre inférieure.

M. Queyrat ajoute :

« Voici encore un moulage qui montre un large chancre syphilitique *de la lèvre supérieure* coïncidant avec un chancre en cocarde de la *face muqueuse du prépuce* ; en voilà un autre d'un chancre syphilitique *du fourreau*, dont le porteur présentait en même temps *deux chancres de la langue*. Au musée de Cochin, on peut voir également les aquarelles de deux autres malades de mon service atteints, coïncidemment, de chancre *du fourreau* et de chancre *de la lèvre* ; l'un d'eux était même porteur d'un *troisième* chancre syphilitique siégeant *sur l'amygdale gauche*.

Ces chancres bi-polaires ne sont donc pas chose exceptionnelle ; si parfois ils passent inaperçus (ce qui avait été le cas, en ville, pour les chancres de la langue dont je vous ai présenté le moulage), si on ne les cherche pas, cela tient, je le répète, à ce qu'on n'est pas familiarisé, en général, avec l'idée de la multiplicité des chancres syphilitiques.

On dit, on écrit dans les manuels, dans la plupart des traités où les étudiants apprennent et où les médecins retrempent leurs souvenirs, que *le chancre syphilitique est unique ou presque toujours unique* : rien n'est plus inexact. Sur *cinq cents* cas de chancres syphilitiques récents, obser-

vés à ma consultation d'hôpital, et que je viens de prendre au hasard, partie dans l'année 1901, partie dans l'année 1903, je trouve *cent trente et un cas* de chancres multiples, ce qui donne une proportion de 26,2 p. 100, c'est-à-dire *plus du quart*.

Sur ces 131 cas de chancres multiples on comptait :

2 chancres syphilitiques.....	79 fois
3 — — — — —	27 —
4 — — — — —	6 —
5 — — — — —	12 —
6 — — — — —	2 —
7 — — — — —	3 —
12 — — — — —	1 —
13 — — — — —	1 —

La croyance à l'unicité du chancre syphilitique, croyance très répandue peut avoir de graves conséquences au point de vue pratique et prophylactique ; en voici la preuve : un négociant d'une grande ville de l'Est venait me consulter l'an dernier dans les circonstances suivantes : il était sur le point de se marier, et pendant la période des fiançailles étaient apparus trois chancres du fourreau et du sillon. Son médecin l'avait néanmoins engagé à continuer sa cour et l'avait autorisé à se marier lorsque les chancres seraient guéris. « Puisque les chancres — lui écrivait-il, pour calmer ses alarmes — sont au nombre de trois, il ne peut s'agir que de chancres mous, le chancre syphilitique étant toujours unique : vous ne risquez donc rien. » Pour plus ample informé le malade vint me demander conseil : ses chancres étaient nettement syphilitiques et je lui fis rompre son mariage.

III

M. SIMONIN signale que le pancréas peut être le siège de poussées fluxionnaires au cours des oreillons.

Les symptômes qui peuvent faire penser à cette complication sont des douleurs épigastriques violentes, des nausées, des vomissements répétés et tenaces, de la diarrhée : il ne signale ni glycosurie, ni ictère.

Cette complication dure environ une semaine et se termine par une résolution complète.

IV

(*Séance du 31 juillet*). - MM. VIDAL et FROIN ont observé un cas intéressant de pyohémie à streptocoques ayant eu plusieurs localisations.

Il s'agissait d'un homme de trente-huit ans, entré à l'hôpital Cochin le 22 avril 1903.

Cet homme est un ancien syphilitique, ayant fait un traitement relatif ; il présente des symptômes incomplets de tabes : œil gauche, mydriase avec immobilité à la lumière ; œil droit signe d'Argill Robertson ; quelques élancements douloureux dans les jambes, persistance des réflexes.

En septembre 1901, il a été opéré à l'hôpital Boucicaut d'une ostéomyélite de la branche montante droite du maxillaire inférieur ; depuis, persistance d'une fistule ayant permis l'élimination de quelques petits séquestres.

En mars 1903, reprise d'une nouvelle poussée inflammatoire avec gonflement énorme de la joue, opération nouvelle le 2 avril, par M. Launay.

Dix jours après, le 12 avril, nouveaux accidents fébriles avec dyspnée et hémoptysie.

Il est amené dans le service de M. Widal, qui constate, au bout de quelques jours, une pleurésie interlobaire du côté gauche. On trouve de la submatité au sommet et à la base, et dans la région moyenne du poumon une matité absolue qui s'étend depuis la colonne vertébrale jusqu'au niveau du mamelon gauche ; c'est la *matité suspendue* de M. Dieulafoy, accompagnée de diminution des vibrations, avec un souffle expiratoire doux qui remonte vers le sommet ; pas de pectoriloque aphone, mais un peu de bronchophonie. Pas de matité de l'espace de Traube. On constate du skodisme sous-claviculaire. Le cœur semble légèrement dévié à droite.

« Une ponction exploratrice, pratiquée dans le cinquième espace, à six centimètres de la colonne vertébrale, et à cinq centimètres environ de profondeur, permet de retirer un pus jaune-verdâtre, épais, filant. »

Les jours suivants expectoration de crachats purulents contenant des streptocoques, paraît indiquer qu'il s'est formé une fistule étroite avec une vomique très faible.

Depuis le 26 avril, le malade ressent une douleur au niveau de l'extrémité supérieure du radius droit ; sous les muscles épicondyliens on peut sentir une nodosité de la grosseur d'une amande.

Le 12 mai, tuméfaction légère à la face dorsale de l'avant-bras.

Le malade passe en chirurgie le 14 mai, et M. Launay lui résèque la septième et la huitième côtes au niveau de leur partie moyenne : écoulement d'un litre de pus jaune-verdâtre. La cavité ouverte s'étend surtout en profondeur et re-

monte vers le haut de la poitrine, du côté de la colonne vertébrale. Sa partie inférieure est délimitée par du tissu pulmonaire.

Les jours suivants, amélioration rapide du côté de la poitrine, mais le coude droit devient douloureux et le 23 mai on fait une incision au niveau de la partie supéro-interne de l'avant-bras et il s'écoule environ cent grammes de pus.

L'examen bactériologique du pus de la plaie et de l'abcès du coude a fait reconnaître la présence de nombreux streptocoques.

Le malade a guéri.

Il s'agissait donc là d'une diathèse purulente, causée par le streptocoque, ayant eu d'abord une marche très subaiguë, puis ayant tout à coup pris une allure grave et rapide.

V

M. LE GENDRE fait une communication sur l'action favorable du *collargol en injection intra-veineuse dans un cas d'endocardite à staphylocoques*.

Il rappelle d'abord que depuis la communication de Netter il a employé assez fréquemment le collardol, que c'est en injection intra-veineuse que ce médicament lui a paru le mieux agir.

C'est dans les pneumonies et les endocardites infectieuses que ce médicament est le plus efficace

Voici l'observation résumée de M. Le Gendre.

Une jeune femme de trente-deux ans, entre à Lariboisière le 21 mai dernier. Elle avait séjourné dans le service pendant quelques jours, le mois précédent pour des troubles gastri-

ques ; à ce moment, on avait constaté au poumon droit l'inspiration faible, l'expiration prolongée, rien d'anormal du côté du cœur.

Le 15 mai, début brusque de courbature, fièvre, douleurs dans les membres ; un médecin constate de la congestion pulmonaire.

A son entrée, bruit de souffle rapeux à la base du cœur, paraissant au maximum dans la deuxième espace intercostal gauche ; pouls régulier, un peu bondissant. Induration du sommet droit. Grossesse de trois mois, état d'adynamie. Diagnostic : endocardite infectieuse d'origine gripale possible.

22 mai, injection intra-veineuse de 2 centim. cubes d'une solution de collargol à 1 p. 100.

Le soir de l'injection, élévation un peu plus forte de la température. Le lendemain, état plus mauvais ; pouls plus rapide, plus faible, inégal. Outre le souffle constaté la veille, on commence à en percevoir un le long du sternum, diastolique.

On prélève du sang dans une veine du pli du coude ; il contient des staphylocoques dorés.

25 mai. Etat général plus mauvais ; vomissements ; souffle très net d'insuffisance aortique avec double souffle intermittent crural et pouls capillaire. Injection intra-veineuse de 3 centim. cubes de la solution de collargol, suivie d'une légère élévation thermique.

28 mai. L'état ne s'étant pas amélioré, nouvelle injection intra-veineuse de 5 centim. cubes. Trois heures après, grand frisson, pouls à 136, température à 41.

Le lendemain matin, température 36.9, pouls à 104, état général meilleur. Le mieux continue les jours suivants.

Le 3 juin, nouvelle injection de 3 centim. cubes.

Le 6 juin, douleur à la base du poumon droit et crachats hémoptoïques ; petit infractus pulmonaire, qui évolue en une semaine environ.

L'état général continue à s'améliorer ; l'apyrexie est complète le 17 juin.

La malade est guérie de ses accidents, mais il persiste un bruit rapeux, renforcé à la fin de la diastole, ayant son maximum dans le deuxième espace intercostal, et perçu aussi très nettement au niveau de l'orifice mitral, avec un rythme à trois temps que M. Le Gendre interprète comme causé par un rétrécissement mitral ; le souffle d'insuffisance aortique a complètement disparu.

V

MM. GILBERT et LEREBOUT poursuivant leurs recherches sur la cholémie et la famille biliaire font une intéressante communication sur la neurasthénie biliaire.

La neurasthénie biliaire peut s'observer chez des sujets atteints d'une affection évidente des voies biliaires (cirrhose biliaire, ictère chronique simple, lithiase, etc.) et chez les malades atteints simplement de cholémie familiale.

Chez les premiers, la maladie biliaire attire assez l'attention pour qu'on puisse rattacher les symptômes neurasthéniques à cette cause ; chez les autres, au contraire, la neurasthénie domine le tableau clinique et son origine biliaire peut être méconnue.

L'expression clinique de la neurasthénie biliaire est variable et l'on pourrait décrire à ce point de vue une série de formes. Toutefois il est un ensemble de symptômes plus fréquemment observés qui donnent à la maladie une physio-

nomie spéciale et en permettent assez facilement le diagnostic.

Les manifestations neurasthéniques proprement dites sont à la fois d'ordre physique et intellectuel. Il y a une asthénie générale souvent marquée se caractérisant par une sensation de *lassitude perpétuelle* surtout prononcée au réveil ; elle ne se dissipe souvent qu'incomplètement et les malades accusent alors une fatigue physique permanente.

A celle-ci, se joint une *fatigue intellectuelle* parfois prédominante. Les malades ne peuvent fixer leur attention ; le travail soutenu leur devient impossible, et c'est chez beaucoup cette impossibilité de travailler et de penser qui est le symptôme principal. « Pour arriver à me guérir, écrit l'un de nos malades, il est indispensable de me rendre tout de suite quelque peu la possibilité du travail. Sans cela j'ai un tel chagrin, je me fais un tel mauvais sang, que toutes les drogues du monde ne parviendraient pas à combattre la torpeur ou la surexcitation que j'éprouve à chaque jour nouveau qui s'écoule sans que j'aie pu travailler. »

Cette fatigue intellectuelle entraîne chez les malades la crainte de la vie en société. Ils redoutent la conversation, se croyant « trop faibles pour exprimer leur pensée ». « Lorsque je suis depuis cinq minutes avec quelqu'un, écrit l'un d'eux, il me semble que ma pensée se voile en même temps que ma vue s'affaiblit. Et, si je suis debout, j'éprouve le besoin de m'appuyer à quelque chose. »

Les malades ont le plus souvent des *troubles de la volonté*. Ils ont une *aboulie* manifeste qui les empêche d'accomplir même les actes les plus simples ; viennent-ils, après de longues hésitations, à prendre une décision, ils la regrettent

aussitôt prise, et sont perpétuellement mécontents de ce qu'ils ont fait. Lorsque l'aboulie est complète, ce n'est pourtant qu'au prix de grands efforts qu'ils arrivent à prendre des déterminations fermes, et à lutter contre le découragement qui les envahit.

Ils sont d'ailleurs souvent presque uniquement occupés de leur maladie et c'est celle-ci qui, progressivement les absorbe entièrement. Ils deviennent alors indifférents à ce qui les entoure et ne s'intéressent plus qu'à eux-mêmes et à leur maladie.

Enfin, du fait même de cette fatigue intellectuelle et morale, de cette obsession constante de leur maladie, ils ont une *tendance marquée à la mélancolie*. Ils voient tout en noir, s'inquiètent de l'avenir, regrettent le passé, estiment que la vie leur devient impossible, vont parfois jusqu'à pleurer : tout en reconnaissant que leur situation matérielle et morale n'est le plus souvent pas digne de pitié, ils ont fréquemment une tristesse profonde qui peut les mener à l'idée de suicide.

Ces signes, témoignant de la dépression intellectuelle, ne sont parfois pas permanents, mais surviennent de manière intermittente et paroxystique. A ces symptômes nerveux fondamentaux peuvent s'en joindre d'autres qui sont plus inconstants.

Souvent les malades se plaignent en même temps de *céphalée* qui n'a pourtant que rarement les caractères de la céphalée en casque si fréquente chez les neurasthéniques. Parfois ils ont des accès de *migraines* qui peuvent revêtir le type de la *migraine ophthalmique*.

L'insomnie est habituelle, mais fréquemment, comme

beaucoup de cholémiques, les malades ont des *somnolences* dans la journée, dans les périodes digestives surtout.

Les sujets atteints de neurasthénie biliaire éprouvent encore d'autres troubles, notés d'ailleurs chez les neurasthéniques par divers auteurs, et dont la plupart s'expliquent facilement par la notion de la cholémie familiale.

Dans un très grand nombre de cas, non dans tous, ils accusent des *symptômes dyspeptiques*, revêtant en général le type de la dyspepsie hyperpeptique. Il y a souvent de l'*entérite membraneuse* plus ou moins accentuée. La *constipation* est habituelle, souvent marquée, et c'est à elle que dans nombre de cas les malades font remonter la plupart de leurs maux. Les *hémorroïdes* ne sont pas rares ; elles sont d'ailleurs, comme nous avons pu le constater, un signe extrêmement fréquent de l'hypertension portale légère dépendant des affections biliaires.

Les malades peuvent encore souffrir de *douleurs articulaires* réalisant les divers types de rhumatisme biliaire.

Ils accusent quelquefois une *sensibilité excessive au froid*, avec *chair de poule* facile, et tendance au *prurit* et à l'*urticaire*.

Parfois ils ont une tendance marquée à la cyanose et au refroidissement des extrémités et présentent en même temps une *bradycardie* notable, symptômes que l'on rencontre aussi chez certains mélancoliques.

Ils ont sinon des hémorragies graves, du moins des *gingivorragies* et des *épistaxis* ; nous avons noté chez quelques-uns d'entre eux l'émission en plus ou moins grande quantité d'une salive mêlée de sang (*hémossalémèse*) qui parfois en avait imposé pour une hémoptysie.

Une de nos malades avait en outre une sécrétion nasale abondante et incessante superposable à la *rhinorrhée* décrite par divers auteurs dans la neurasthénie.

Certains sujets se plaignent d'avoir fréquemment une sensation d'angoisse cardiaque, avec ou sans douleur précordiale, pouvant réaliser le tableau de l'*angine de poitrine*. Il s'agit là de faits d'angine toxique d'origine biliaire dont nous avons, avec ou sans neurasthénie, observé un assez grand nombre d'exemples dans la cholémie familiale et les autres affections de la famille biliaire.

D'autres malades viennent consulter pour de l'*impuissance génitale*, qui est chez eux le symptôme dominant de leur neurasthénie. Nous en avons observé plusieurs exemples très significatifs, dans lesquels la cholémie familiale nous a paru la véritable cause de l'impuissance.

A ces symptômes que met en lumière l'interrogatoire, s'en joignent d'autres tirés de l'examen des malades et qui permettent d'affirmer l'existence de l'affection biliaire causale.

Les malades présentent les signes de l'*ictère acholurique*. Ils ont en effet le plus souvent le *teint cholémique*, jaune, jaunâtre, olivâtre, ou simplement mat, ne s'accompagnant qu'exceptionnellement d'ictère conjonctival ; parfois il y a des pigmentations surajoutées (taches de rousseur, taches biliaires, lunette-pigmentaire, teint terreux, etc.). Ils présentent quelquefois de l'ictère palmo-plantaire, et on peut noter sur leur tégument toutes les modifications que nous avons décrites chez les cholémiques (xanthodermies, mélanodermies, xanthelasma, naevi artériels et capillaires).

L'examen de l'abdomen peut, si surtout il y a eu un ictère antérieur, révéler des *modifications objectives du foie et de*

la rate. Elles restent d'ailleurs le plus souvent modérées, et les deux organes, s'ils sont légèrement hypertrophiés, ne sont que peu ou pas modifiés dans leur consistance.

On peut, dans la majorité des cas, trouver dans les urines une *urobilinurie* plus ou moins marquée, révélatrice de la cholémie. Parfois il y a également une légère *albuminurie* intermittente ou non.

Enfin l'examen du sang montre le plus souvent une *cholémie* marquée, facilement constatable par l'inspection du sérum et l'étude de la réaction de Gmelin. Elle peut toutefois être peu accentuée, notamment lorsque le malade a déjà été soumis depuis plusieurs semaines au régime lacté ou au régime lacto-végétarien.

Le pronostic doit être réservé parce que l'affection peut évoluer différemment, tantôt, il ne s'agira que d'une neurasthénie passagère, prompte à disparaître, tantôt d'une forme plus tenace, susceptible de devenir permanente et même d'évoluer vers la mélancholie.

VII

Dans une autre communication, MM. GILBERT LEREBOUTET et COLOLIAN s'appliquent à démontrer que la *mélancholie* est « presque toujours, sinon toujours, liée à une affection des voies biliaires entraînant la cholémie. » Ils publient quelques observations à l'appui de cette thèse, que nous ne faisons que signaler aujourd'hui.

D^r MARC JOUSSET.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

I. DU PHOSPHATE DE CRÉOSOTE (PHOSPHOTAL) DANS LES TUBERCULOSES ASSOCIÉES. — II. MÉDICATION PAR LES BAINS CARBOGAZEUX ET SES DANGERS ; ACCIDENTS MORTELS. — III. HÉROÏNISME CHEZ UN ASTHMATIQUE.

I

(*Séance du 24 juin*). — M. LAUMONIER vient de préconiser l'emploi du *phosphate de créosote* dans ce qu'il appelle les tuberculoses associées. Il établit d'abord que les symptômes généraux si graves de la tuberculose pulmonaire à la période caverneuse sont en grande partie dus aux toxines sécrétées par les nombreux microbes qui viennent s'associer au bacille de Koch (staphylocoques, pneumobacilles, pneumocoques et streptocoques). Ces *tuberculoses associées* sont d'un pronostic très sombre et ont beaucoup plus de tendance à amener la mort que les *tuberculoses pures*, c'est-à-dire celles où on ne rencontre que le bacille de Koch.

M. Laumonier a expérimenté chez quatre malades qu'il suit depuis la fin de 1901 ou le commencement de 1902, le phosphotal (phosphate de créosote), qu'il a été amené à donner d'une manière empirique chez un de ses amis, tuberculeux au début et que les résultats constatés l'ont engagé à donner aux autres.

Ce médicament renferme 9.5 % d'acide phosphoreux et 90 % de créosote pure ; sa toxicité est faible, puisqu'il faut

dépasser 8 centigrammes par kilogramme (5 grammes *pro die*) pour voir apparaître les urines noires.

« Les quatre malades dont il s'agit ici n'ont reçu que du phosphite de créosote à l'exclusion de tout autre médicament. Mais ils ont été soumis à un régime alimentaire riche, sans être exagéré, et le fonctionnement du tube digestif, toujours plus ou moins débile chez ces malades, a été surveillé de très près. Ils ont été soumis au repos au lit, ou au moins à la chambre avec aération continue, et emploi de toutes les mesures d'hygiène compatibles avec leur état. Le traitement moral n'a pas été non plus laissé de côté et je me suis toujours efforcé non seulement d'éloigner les causes de fatigue cérébrale, mais aussi de réconforter les malades, d'entretenir les espérances de guérison et de leur procurer les distractions possibles.

« Les quatre malades dont il s'agit ici présentaient des signes stéthoscopiques très nets, craquements et râles sous-crépitants, gargouillements, matité du ou des lobes supérieurs ; le numéro 3 a eu deux hémoptysies foncées (sang veineux) ; tous étaient très amaigris et très affaiblis ; on constatait des sueurs nocturnes, de la fièvre hectique, de la diarrhée intermittente, une toux fréquente, des crachats abondants, contenant, outre la bacille de Koch, des staphylocoques, des streptocoques, des pneumocoques et même (n° 2) des bacilles pseudo-diphtériques. Il y avait exagération très notable des échanges urinaires et déminéralisation accusée. L'examen du sang a montré des défenses très diminuées, de l'hypoleucocytose, au début. Enfin il y avait inappétence, sans troubles digestifs très accusés chez les numéros 1 et 4, avec troubles gastriques légers chez le n° 2. et

troubles gastro-intestinaux chez le n° 3. Chez tous, l'administration du phosphotal a paru réveiller l'appétit ; toutefois les numéros 2 et 3 ont reçu, au commencement du traitement, des polydigestifs sous la forme sèche, pour leur permettre de tolérer et de digérer leur ration alimentaire, réduite d'ailleurs en conséquence. Aux numéros 1 et 4, le phosphotal a été administré en capsules à la dose de 1 à 2 grammes *pro die* ; aux numéros 2 et 3, il y a été administré en émulsion, à la dose de deux à quatre cuillerées à café (0,50 par cuillerée à café) dans un lavement composé de 100 à 125 cc. de lait tiède. Ces lavements sont très bien supportés et n'ont pas déterminé d'irritation de la muqueuse rectale.

« D'une manière générale, aussitôt le traitement institué, la température a été prise tous les soirs, le poids toutes les semaines, l'analyse de l'urine a été faite presque tous les mois. Au début, j'ai fait, en outre, une analyse bactériologique des crachats et un examen microscopique du sang. Pour le cas n° 1, dont le traitement remonte au 17 novembre 1901, l'amélioration s'est manifestée vers le milieu de février 1902, le 10. Je fus alors frappé de l'aspect des crachats et je refis un nouvel examen bactériologique, qui me montra une diminution très sensible du nombre des bactéries associées ; les streptocoques notamment étaient devenus rares, mais les bacilles tuberculeux ne paraissaient pas avoir subi un grand changement. Je pratiquai un nouvel examen trois jours plus tard, le 13 février, et je constatai le même résultat. Cette observation me donna l'éveil, et, à partir de ce moment, je pratiquai l'examen des crachats toutes les semaines. J'ai toujours constaté que la diminution sensible des bactéries

associées était suivie, à quelques jours, de trois phénomènes, une chute assez accusée de la température vespérale, une augmentation notable de poids, un réveil marqué de l'appétit ; en même temps, les nuits devenaient meilleures, la toux diminuait ; seuls les signes stéthoscopiques étaient peu ou pas influencés. Cette coïncidence entre la diminution du nombre des bactéries associées et les signes d'une amélioration réelle, — dont les malades se rendent exactement compte — ne me paraît pas fortuite, et, en l'état actuel, je ne puis que l'attribuer à l'influence que les bactéries associées exercent sur l'apparition des symptômes graves, d'autant plus que les bacilles tuberculeux résistent et diminuent à peine, bien que les malades aient repris des forces et engraisé et puissent maintenant vaquer à peu près complètement à leurs occupations. Toutefois pour que l'amélioration persiste et s'accroisse, il est nécessaire de continuer le traitement : j'ai pu cependant, au bout de six à huit mois, diminuer les doses du phosphite de créosote à 0 gr. 50 par jour pour les numéros 1 et 4, avec interruption régulière de huit jours par mois. Ce traitement est au reste parfaitement supporté. Il convient d'ajouter que l'examen microscopique du sang a montré, au moment de l'amélioration, une augmentation légère de la leucocytose, par rapport à la normale (1/550 au lieu de 1/650), ce qui indique un réveil manifeste des procédés de défense de l'organisme.

Nous avons cru devoir rapporter ces indications en détails, la tuberculose avec fièvre étant difficile à améliorer ; nous ferons remarquer cependant que sans phosphotal, avec nos médicaments et en pratiquant les mêmes soins hygiéniques : aération, séjour au lit, alimentation spéciale,

nous avons aussi obtenu des améliorations remarquables et persistantes.

II

M. HUCHARD fait une communication sur *la médication par les bains carbo-gazeux et ses dangers ; accidents mortels*.

Il rappelle d'abord que les bains carbo-gazeux de *Nauheim* en Allemagne, dont on a fait si grand bruit, ont leurs similaires en France, à *Châtel-Guyon*, *Châteauneuf*, *Royal*, *Alban*, *Saint-Nectaire*, et *Salins de Moutiers*.

Les bains produisent sur les malades une hypertension artérielle marquée, qui n'est pas un simple phénomène transitoire, se produisant immédiatement après la balnéation pour disparaître ensuite, l'élévation de la tension sanguine persiste pendant une ou deux heures et même plus. Cette action hypertensive peut s'appliquer dans quelques cas particuliers, par exemple dans des cardiopathies valvulaires avec tendance à l'hypotension, mais elle est contre-indiquée dans la présclérose, et dans toutes les cardiopathies artérielles caractérisées par un état d'hypertension. Ces cures n'ont en outre aucune action éliminatoire et antitoxique : théoriquement elles sont donc contre-indiquées dans ces cas.

Dans la pratique elles peuvent produire des accidents graves, même mortels.

Pour sa part, cette année même, M. Huchard a suivi trois malades atteints de cardiopathie artérielle, dont deux avec le concours de M. Fiessinger, et qui, considérablement

aggravés par la cure de Nauheim, sont venus succomber à Paris à des accidents de vasoconstriction et d'hypertension artérielle, ou encore à une violente crise d'œdème aigu du poumon. L'un d'eux qui, séduit par les belles promesses des publications pseudo-scientifiques annonçant bruyamment des guérisons de maladies du cœur, part de Philadelphie et traverse l'Atlantique pour se diriger vers Nauheim où il suit un traitement régulier par les bains carbo-gazeux pendant trente jours. Atteints de cardiopathie artérielle à type myo-valvulaire avec souffle mitro-aortique, il revient à Paris dans un état tellement grave que M. Huchard s'oppose à son départ pour l'Amérique et qu'il l'engage à passer l'hiver dans le Midi de la France ; sa tension artérielle était très élevée, la dyspnée intense, surtout depuis le traitement hydro-minéral qui avait provoqué déjà sur place des crises d'œdème suraigu du poumon après les bains carbo-gazeux. Il succomba à l'une d'elles à son arrivée à Monte-Carlo où les soins dévoués et intelligents du D^r Vivant devinrent malheureusement inutiles. Un autre malade, vu encore avec M. Fiessinger, vint succomber à Paris avec des symptômes de vaso-constriction généralisée tels que M. Huchard n'en a jamais vus, quinze jours après avoir subi le traitement de Nauheim. Il s'agissait encore d'une cardiopathie artérielle à forme arythmique. Enfin, le troisième malade, vu en ville, était atteint de sclérose cardio-rénale très améliorée par le régime lacté et la théobromine ; on l'envoie à Nauheim où le traitement est absolument modifié et remplacé par les bains, la gymnastique musculaire et l'alimentation habituelle ; il revint à Paris succomber à des accidents dysnéiques qui avaient complètement disparu un mois avant son

départ. Ces trois malades sont morts avec une hypertension artérielle considérable.

M. Huchard accomplit son devoir de médecin en venant signaler les périls de cette médication irrationnelle.

Il reconnaît, du reste, que les eaux minérales peuvent jouer un rôle extrêmement favorable dans le traitement des affections du cœur ; c'est ainsi « qu'en France, les eaux de Bourbon-Lancy conviennent et réussissent si bien aux cardiaques, artériels ou valvulaires, par leur thermalité haute et variée, par l'action anti-uricémique et diurétique de la source de la Reine, par l'action de la douche sous-marine, d'où leurs effets nettement dépresseurs sur la tension artérielle. Enfin, toutes les eaux diurétiques (Evian, Martigny, Vittel, Contrexéville, Saint-Amand-du-Nord, Aulus, Capvern) peuvent encore être utilisées dans la période de pré-sclérose. »

III

M. MANQUAT lit une observation, *héroïnisme chez un asthmatique*.

Déjà dans une communication à la Société de thérapeutique, M. P. Rodel a signalé les dangers de l'héroïne dans la démorphinisation. Le malade dont il a raconté l'histoire manifestait son besoin d'héroïne par de la cyanose et de l'apnée ; en même temps, l'injection semblait produire une sorte de torpeur intellectuelle.

Dans l'observation de M. Manquat, il s'agit d'un homme de 56 ans, asthmatique depuis six ans et tuberculeux (bacilles dans les crachats, lésions bronchitiques, des deux pou-

mons, surtout aux bases, lésions de ramollissement du sommet droit).

On conseilla de combattre de temps à autre la dyspnée qui était parfois très pénible par des injections sous-cutanées d'un demi-centigramme à un centigramme de chlorhydrate d'héroïne. Le résultat fut si merveilleux, que le malade ne soupçonnant pas les inconvénients possibles du médicament se fait, depuis neuf mois, une injection quotidienne. « Si l'heure de l'injection est retardée, la difficulté de respirer s'établit et se trouve bientôt poussée à l'extrême. L'inspiration ne s'effectue qu'au prix d'efforts considérables, avec élévation rythmique des épaules et mise en jeu de toutes les forces inspiratrices. L'angoisse est extrême. Cet état dure et s'aggrave jusqu'à ce que l'injection ait été pratiquée ; celle-ci met fin à l'accès en moins de dix minutes. » Ce besoin de reprendre de l'héroïne se manifeste tous les soirs vers 6 heures.

D^r MARC JOUSSET.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

L'HOMÉOPATHIE PRATIQUÉE PAR DES ALLOPATHES

Le D^r Ed. Krull de Gustow-sur-le-Main, partant de l'idée que l'acide formique qui se trouve dans les tissus a un rôle important dans l'économie, et constatant d'ailleurs que dans la sueur des phthisiques ce produit est moins abondant que

dans celle de l'homme sain et même fait souvent complètement défaut, a supposé que cette absence était un symptôme positif de la maladie, auquel il importe d'obvier. Les expériences cliniques démontrèrent que l'absorption du produit en dilution dans l'eau ou en teinture était sans résultats, pris par l'estomac. Il fit des injections sous la peau avec des solutions aqueuses du 1.000^e au 100.000^e, en quantité d'un décigr. à un gramme, suivant l'âge du sujet et son état. A sa grande surprise, plus la dilution était élevée, et la dose moindre, meilleur était le résultat. Par degrés, il arriva à injecter une dilution à plusieurs millionnièmes dont l'effet se prolongeait 5 ou 6 mois, et traita ainsi, avant 1896, 900 sujets, et depuis, plus de 1.800. La faible quantité du produit injecté ne permet pas d'admettre que le déficit constaté soit remplacé, comme Krull l'avait supposé au début ; on doit plutôt admettre qu'elle donne à la cellule une activité chimique pour produire dans l'organisme l'acide formique.

Remarquant que les injections d'acide formique modifient d'autres maladies chroniques dont la tuberculose n'était qu'une suite, il étendit ses recherches à des malades indemnes de tuberculose et obtint des résultats semblables, quand il s'attaqua à des sujets encore curables.

Outre les tuberculoses primitives des poumons et du larynx, l'auteur a aussi traité celle des glandes et des os, et reconnaît que ces formes demandent un traitement plus long et des injections plus fréquentes. Le lupus a été modifié plus promptement qu'aucune autre maladie.

Dans la néphrite chronique, dans des cas où le parenchyme rénal était contracté sur une grande étendue et où le cœur était intéressé, l'auteur aurait guéri deux malades sur

trois avec une ou deux injections (12 cas d'albuminurie guéris en 4 mois). Dans le traitement du carcinome par les injections, le D^r Krull aurait constaté l'action particulière des hautes dilutions. Le plus ou moins d'étendue du néoplasme importe peu, pourvu que la tumeur ne soit pas arrivée à la désagrégation, si l'état général est conservé bon.

L'acide formique semble agir comme un ferment stimulant l'activité cellulaire, d'une action durable et prolongée, en raison directe de l'élévation des doses et de leur application éloignée. La nutrition générale est élevée, sa résistance accrue et l'organisme devient apte à résister aux germes pathologiques qu'il contient.

La préparation des injections est chose très délicate.

L'eau distillée ordinaire des pharmaciens, en raison de l'énorme dilution employée, est absolument insuffisante. Il faut ne faire usage ni d'acide phénique, ni d'alcool, et préparer l'injection avec une asepsie irréprochable des mains et des instruments, et la méthode de Krull qui rend le cancer, jusqu'à un certain point curable, n'est efficace qu'au prix des plus rigoureux procédés de manutention.

Le D^r Boing de Berlin donne les résultats, non d'une recherche expérimentale et théorique, mais d'une longue pratique. Il a constaté les méfaits du mercure à dose massive, soit prise à l'intérieur, soit en frictions ou injections (intoxications aiguës ou chroniques, sans action spécifique sur la syphilis, et amenant parfois des aggravations) et a vu que de très faibles doses, 0,001 ou 0,002 de sublimé, ont une action vivifiante sur la formation du sang, relèvent l'activité du cœur et la pression sanguine, augmentent la quantité des globules rouges et accélèrent les échanges organiques.

Il employa surtout le calomel, à dose relativement mas-

sive d'abord, trois fois par jour 0,005 (soit 5 gr. de notre 3^e D. ou 0,5 cgr. de la 2^e D.) jusqu'à l'amendement des symptômes. Puis pendant quatre ou six semaines, tous les deux ou trois jours 0,005. Il arriva à diminuer les quantités : commençant par 0,001 deux fois par jour, pendant quatre jours (1 gr. 3^e D. ou 0,1 de la 2^e D.) puis une fois par jour, pendant huit jours, et enfin la même dose deux fois par semaine. Le traitement durait de six à huit semaines.

Dans ces cinq dernières années, il prescrivit des pilules à 0,0002, une par jour, la première semaine ; la suivante, une tous les deux jours ; la troisième une tous les trois jours (équivalant à une prise de 3^e D. sur une pointe de canif) ; sur les manifestations locales, onction mercurielle légère. On évite tous excès et limite l'usage de l'albumine.

Les recherches du D^r Boitig l'amènent à conclure : que dans les cas récents ou anciens, la quantité de mercure qui guérit est minime ; elle empêche complètement les récidives et les accidents tertiaires, l'avortement chez les femmes. Quand les malades ont été saturés par de grosses doses, il les en débarrassa par l'iodure de fer et l'hydrothérapie.

L'auteur fait la remarque que ce pouvoir des doses très faibles du mercure fait défaut aux grosses doses, et qu'il en est ainsi pour nombre de médicaments.

Le voilà, sans qu'il s'en doute, bien près de l'Homœopathie. Aux objections qu'on a pu lui faire que les cas guéris par ses atténuations auraient guéri spontanément, il répond : 1^o que les guérisons spontanées de syphilis ne s'opèrent ni avec cette régularité, ni avec cette rapidité ; 2^o que le nombre des cas qu'il a observés exclut cette idée de guérison spontanée ; 3^o que ses résultats sont caractéristiques

chez les femmes enceintes qui, mariées à des vérolés, et saines elles-mêmes, accouchaient d'enfants syphilitiques ; mais, soumises à son traitement par les atténuations, arrivaient à accoucher d'enfants normaux et sains. Arrivait-il à interrompre le traitement, il voyait survenir soit un avortement, soit la naissance d'un enfant syphilitique.

(*Zeitschrift des ber Vereines homöop. Aerzte*, août 1903.)

ACTION DES MÉDICAMENTS PENDANT LA VIE INTRA-UTÉRINE SPÉCIALEMENT SUR LES MALADIES HÉRÉDITAIRES

Hippocrate avait proclamé l'influence de la constitution des parents, surtout de la mère, sur la santé du nouveau-né. Haeckel admet que les coefficients de santé du père et de la mère forment le fond de santé du fœtus. Les moindres éléments actifs du sperme et de l'ovule influent par hérédité sur l'enfant.

Hahnemann admit en clinique les trois radicaux morbides : Psore, Syphilis et Sycose et contribua à la détermination des constitutions, en même temps qu'au traitement efficace des maladies constitutionnelles.

Gräuvogl a cherché un fondement physico-chimique comme terrain des germes morbides ; mais en fait on trouve rarement le type exclusivement marqué, et le plus souvent ce sont des formes mixtes.

Le Dr Schönebeck classe, dans la pratique, les tempéraments en scrofuleux, tuberculeux et syphilitique.

1° Chez les scrofuleux, qu'il distingue des tuberculeux, il admet les types du Calcarea et du Sulfur, correspondant

à la constitution hydrogéoïde de Grauvogl (Calc.) et aux formes éréthiques (Sulfur).

2° Dans la constitution tuberculeuse, les muscles du haut du corps sont moins développés que ceux de la partie inférieure. La sueur couvre tout le corps, le teint est terreux ; la chaleur est mal répartie.

3° Chez les syphilitiques constitutionnels, les nouveau-nés, la plante du pied, surtout au talon, est d'un rouge vif : du nez sort une sécrétion fluide ; le nez, la bouche et l'anus sont ulcérés, la peau présente des taches rouges cuivrées du pemphigus, les sutures osseuses mal consolidées. Le pemphigus appartient surtout à la syphilis. C'est un terrain favorable à l'arthritisme justiciable de Sulfur ou de Calcarea.

La gonorrhée est souvent une complication de la scrofule, et Thuya est alors utile, ainsi que Nitri. acid.

Quand la malaria vient s'ajouter à la scrofule, si c'est le type Calcarea qui se présente, Arsen., Carbo veget., Natrum muriat. et les autres médicaments propres à la constitution hydrogéoïde sont indiqués. Si c'est le type Sulfur : Igratia.

L'auteur cite quelques exemples d'action médicamenteuse sur la vie du fœtus.

Une femme avait eu cinq garçons, morts d'athrepsie aux premiers mois. Le père présentait le type favorable à Calcarea. Dans les quatre premiers mois de grossesse la mère prit ce médicament, et elle donna naissance à quatre enfants vigoureux.

Dans un autre cas, le père était syphilitique. Sa femme

avait eu plusieurs filles qui moururent. Elle prit Nitri acid. et eut plusieurs enfants vivaces, presque tous masculins.

A la suite de cette communication du D^r Schönebeck, faite à la séance du 10 août, à la réunion de la Société centrale homœopathique allemande à Leipzig, les assistants, D^{rs} Wappler, Kirn, Bastanier, Mossa, Schnutgem, Damholz, Lorenz, confirmèrent, par des faits de leur pratique, les affirmations de l'auteur sur l'heureuse influence des médicaments indiqués par la constitution des parents, pour favoriser la vigueur des enfants pendant leur existence intra-utérine. (*Allg. homoop. Zeitung*, septembre 1903.)

D^r PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

LES INSUFFLATIONS D'OZONE CONTRE L'OTITE MOYENNE CHRONIQUE SÈCHE.

D'après l'expérience de M. le docteur G. Stoker, médecin du London Throat Hospital, les insufflations d'ozone dans l'oreille moyenne, à travers la trompe d'Eustache, constitueraient un bon moyen de traitement de l'otite catarrhale chronique sèche, qui se traduit habituellement par un affaiblissement progressif de l'ouïe avec bourdonnements plus ou moins intenses, et paraît liée à l'existence d'une sténose de la trompe d'Eustache.

Sous l'influence de ces insufflations, dont la durée est d'environ trois minutes et qu'on répète, suivant les circons-

tances, deux à quatre fois par semaine, l'acuité auditive ne tarderait pas à s'améliorer, en même temps qu'on constaterait la disparition des bourdonnements. (*Semaine médicale*, 5 novembre 1902.)

CATATONIE ET STUPEUR

(*Congrès des médecins aliénistes*, 5 août 1903.)

Que dirons-nous de cette séance ? Ce que nous répétons depuis plus de 40 ans. Que tant que les aliénistes ne se décideront pas à étudier les *vésanies* comme des maladies, et à essayer des classifications basées sur la *distinction des espèces morbides*, ils se noieront de plus en plus dans les détails des symptômes et ils abuseront des terminologies aussi nouvelles que peu justifiées.

Il y a 40 ans, nous avons communiqué à l'*Institut* un projet de classification des vésanies par espèces morbides. A côté de la paralysie générale et de la démence qui constituent des maladies graves, nous admettions une *forme commune*, une forme *bénigne* et une *forme périodique*. Chaque forme contenant plusieurs variétés correspondant à la stupidité, aux formes circulaires (de Fabres), etc., etc.

Que dire de la catatonie, de la démence précoce ou *hétérophranie* (joli ce mot), et la démence *paranoïde* ?

Que valent tous ces barbarismes : *néglativisme*, la *stéréotypie*, la *flexibilité séreuse* des muscles, l'*empêchement psychique*, l'*écholalie*, l'*échopraxie* et le *barrage* de la volonté ?

M. Ballet de Paris a prononcé quelques paroles empreintes de bon sens médical quand il a protesté contre

l'introduction par trop légère de nouvelles entités morbides dans le cadre des vésanies.

On pourra répondre que sous les dénominations bizarres que nous avons critiquées se rencontrent des études bien faites des symptômes d'aliénation. Je ne le nie pas absolument, mais je proteste contre l'*émiettement* de la symptomatologie et l'absence de constitution d'espèces morbides naturelles.

LA THÉRAPEUTIQUE IN EXTREMIS, par Lejars (22 juillet 1903).

Ce travail est presque entièrement chirurgical. Son auteur s'efforce de prémunir les chirurgiens contre une pratique par trop timorée, ce qui les empêche d'intervenir alors qu'on pourrait encore rappeler à la vie des moribonds. Le Dr Lejars cite des observations extrêmement convaincantes des ressources inespérées que conservent encore certains malades *in extremis*.

Ce travail très documenté et rédigé dans un excellent esprit doit être lu en entier ; nous nous contenterons de résumer ici ses conclusions pratiques.

Ces états excessivement graves et si voisins de la mort reconnaissent trois causes principales : le *shock* des grands traumatismes, les grandes hémorrhagies et les dépressions vitales attribuées à l'infection.

A quels signes reconnaître qu'il reste encore quelque chance de survie et que les chirurgiens doivent encore intervenir ? Quels sont les moyens de rendre à ces organismes

défaillants la force nécessaire pour réagir contre le traumatisme et arriver à guérison ?

Le pronostic se tire ici de l'état du cœur et de la respiration.

Quand la respiration est *superficielle* avec pénétration incomplète de l'air dans les poumons, le péril est grand, mais peut encore être conjuré. Si la respiration devient entrecoupée et surtout interrompue par de longues pauses, la mort devient imminente, surtout si le cœur s'affaïse, que ses bruits diminuent, que le pouls faible et fréquent devient intermittent. Si l'hypothermie s'accroît, si l'haleine devient cadavéreuse et surtout si l'anurie se produit, tout espoir est perdu.

Les moyens de remédier à ces états graves sont les suivants : éviter au malade des transports fatigants, employer les injections sous-cutanées d'éther, de camphre et de caféine (nous ajoutons les injections sous-cutanées de digitaline), et surtout les injections de sérum physiologique.

Le sérum physiologique doit contenir 9 % de chlorure de sodium, être tiède et sérotonique. Les injections doivent précéder l'intervention opératoire, s'élever à plusieurs litres et être continuées longtemps. Dans les cas pressés on doit pratiquer l'injection intraveineuse (500 à 1.000 gr.). C'est ici le cœur et les reins qui sont les instruments de la guérison ; aussi quand après plusieurs injections de sérum le cours des urines ne se rétablit pas, le pronostic devient désespéré.

LA SPLÉNOMÉGALIE AVEC CIRRHOSE DU FOIE

(Maladie de Banti)

Le D^r Chénisse (de Montpellier), vient de publier sur ce point de pathologie une étude (16 septembre 1903), que nous résumerons en ces termes :

Le P^r Banti, de Florence, a publié des faits qui semblent autoriser, sinon la découverte d'une véritable espèce morbide, au moins d'une affection se rattachant à la grande famille des affections de la rate. Les symptômes qui caractérisent la maladie de Banti sont une marche extrêmement chronique et une terminaison fatale. Cette maladie débute par une hypertrophie de la rate ; cet organe atteint le poids de 2 kilogrammes à 2 kilogrammes et demi. Une anémie progressive marque le second stade de la maladie et peut se prolonger pendant des années. Dans la troisième période, à marche relativement rapide, on note la cirrhose atrophique du foie et l'ascite. Plusieurs faits démontrent que la maladie peut être arrêtée par l'ablation de la rate, ce qui démontrerait que cet organe est donc le processus pathologique, le point de départ de la maladie.

Les analyses du sang sont encore contradictoires, mais cependant ne permettent pas de rattacher cette affection à la leucocythémie.

SUR LA PATHOGENIE DE LA PHTHISIE

Le D^r Aufrecht écrit, dans le numéro du 16 septembre, une note dont il résulterait que l'infection ne se fait pas par

la respiration de personnes tuberculeuses, et que la phthisie ne débute pas par l'extrémité des bronches. Les amygdales doivent être considérées comme l'organe principal de l'infection tuberculeuse qui se produirait par les vaisseaux sanguins.

CANCER MÉLANIQUE DE LA FACE

Le D^r Jaboulay a publié dans la *Semaine Médicale* (3 septembre 1903), une observation fort curieuse du cancer mélanique de la face.

Sous l'influence du traitement irritant : pommade, scarification, cautérisation, extirpation, un *nævus* ou *grain de beauté* situé dans la région temporale avait envahi tout le côté gauche de la face.

L'état général était bon, mais le sang présentait une grande quantité de pigment mélanique siégeant dans le plasma et dans les globules blancs.

Le D^r Jaboulay, de ce fait et d'autres analogues, conclut qu'il ne faut jamais irriter, ni jamais enlever les tumeurs mélaniques. Il a mis son malade au traitement par le sulfate de quinine, parce que ce sel est un poison pour l'hématozoaire de la fièvre intermittente. Cette indication est absolument hypothétique.

LES RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE DE L'HOMME AVEC CELLE DES BOVIDES

Cette question a été traitée dans le onzième Congrès in-

ternational d'hygiène siégeant à Bruxelles (9 septembre 1903). Rien de nouveau à signaler dans cette discussion. Les partisans de Koch et leurs adversaires couchent sur leurs positions et les hygiénistes *dorment* sur des rengaines vieilles déjà de plusieurs lustres.

Il ne s'agit pas, en effet, de proscrire le lait des vaches plus ou moins tuberculeuses et d'interdire l'usage de la viande des animaux atteints du bacille de Koch ; mais de démontrer si le lait de vache tuberculeuse, la pommelière excepté, peut transmettre la tuberculose à l'espèce *humaine* par la *voie stomacale*. Or, cette démonstration est encore à faire et il n'existe, sur ce point si important d'hygiène publique, que des *légendes*, parmi lesquelles l'histoire apocryphe de la vache tuberculeuse de Chartres tient le premier rang. Quant à l'usage des viandes d'animaux tuberculeux, le livre classique de Strauss en contient la réfutation.

LA MÉDICATION SURRÉNALE DANS LE TRAITEMENT DE L'ATONIE VÉSICALE. (*Semaine Médicale* 9 septembre.)

« Les bons effets que M. le Dr G. Vassale, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Modène, a obtenu dans le traitement de la gastrectasie atonique par l'extrait de substance médullaire de capsules surrénales (voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 76 et 84) ont engagé un autre confrère italien, M. le Dr G. Moresco, chirurgien de l'hôpital Galliera de Gênes, à essayer la médication sur-

rénale contre cette forme particulière de rétention d'urine qui est liée à l'abolition complète ou à une diminution notable de la contractilité normale des fibres musculaires du réservoir urinaire. Estimant que l'efficacité du remède est due, en grande partie, à son action locale sur les éléments musculaires, M. Moresco a jugé utile d'introduire le médicament directement dans la vessie et de le laisser le plus longtemps possible en contact avec les parois de cet organe. N'ayant pas à sa disposition d'extrait de substance médullaire de capsules surrénales, notre confrère s'est borné à expérimenter l'adrénaline du commerce, qui posséderait les mêmes propriétés, mais serait beaucoup moins active.

Chez deux malades qui présentaient une rétention complète d'urine par atonie des parois vésicales, M. Moresco commença par injecter, tous les matins, dans la vessie 150 c.c. d'une solution d'adrénaline à 0,02 %, laissant séjourner ce liquide pendant une heure et plus, jusqu'à ce que le patient éprouvât le besoin d'uriner. Ayant constaté la tolérance parfaite du réservoir urinaire à l'égard de ces injections, il porta bientôt le titre de la solution à 0.04 %. Après quelques séances (quatre dans un cas et six dans l'autre), l'organe commença à récupérer sa contractilité, et au bout d'une quinzaine de jours les deux malades étaient à même de vider, en grande partie, leur vessie sans le secours du cathétérisme, ce qu'ils étaient, depuis longtemps, incapables de faire. »

Nous avons plusieurs fois employé l'adrénaline à l'intérieur, mais seulement à la 2^e et à la 3^e trituration, cette substance étant très toxique.

L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS OVARIENNES A TITRE D'HÉMOSTATIQUE CHEZ LES INDIVIDUS HÉMOPHIQUES. (*Semaine Médicale*, 9 septembre.)

« On sait que l'hémophilie constitue pour ainsi dire l'apanage du sexe masculin, les filles étant généralement exemptes de cette diathèse que, devenues mères, elles peuvent cependant transmettre à leurs fils. Cette particularité semblerait indiquer qu'un organe propre à la femme exerce une action en quelque sorte inhibitrice sur la tendance hémophilique, en influençant probablement la coagulabilité du sang. Partant de ce fait que les épistaxis graves s'observent couramment, chez les jeunes filles, à l'approche de la puberté et lorsque le fonctionnement de l'ovaire est encore mal établi, M. le docteur S. Zavadier, exerçant à Fouriesburg (Afrique du Sud), s'est demandé si la glande ovarique n'est pas précisément l'organe qui s'oppose aux manifestations de l'hémophilie. Après avoir eu l'occasion d'arrêter une épistaxis abondante par l'emploi d'une préparation ovarienne, notre confrère n'hésita pas, dans un cas d'hémophilie grave — après avoir eu recours sans le moindre succès aux styptiques usuels — à essayer l'ovariothérapie et en obtint un résultat très encourageant. »

« Rappelons, à ce propos, que M. le docteur E. Fuller (de New-York) a récemment proposé dans le même but l'emploi de l'extrait thyroïdien (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 84). »

Ce serait un véritable bienfait pour les hémophiles si l'action favorable du liquide ovarique se confirmait.

BIBLIOGRAPHIE

MÉMORIAL DE THÉRAPEUTIQUE HOMŒOPATHIQUE, PAR LE D^r P. JOUSSET ET LE D^r MARC JOUSSET. (Baillière et fils, 1903.)

Ce petit livre qui vient de paraître n'a pas la prétention d'être un traité de thérapeutique, ni de pharmacodynamique, c'est simplement un exposé de la thérapeutique *éclectique* employée journellement par les docteurs Jousset père et fils. On y trouvera donc résumée, brièvement et clairement, la pratique médicale de deux médecins de notre *École*, dont je n'ai pas besoin de faire l'éloge, puisque leur nom suffit pour attirer l'attention des médecins qui s'intéressent à la thérapeutique et à ses progrès.

Les auteurs de ce *Mémorial* ont choisi l'ordre alphabétique, ce qui le rapproche des dictionnaires et facilite, comme ils le disent, les recherches rapides. En revanche, cette manière de faire empêche toute espèce de synthèse, et présente une certaine aridité. C'est le memento, la consultation rapide, le secours à la mémoire défaillante, ou à la paresseuse ignorance. Quoi qu'il en soit toute méthode a son utilité, et je ne blâme pas cette manière de faire, quoiqu'en préférant une autre.

Un reproche plus sérieux que je ferai à ce livre, c'est que les médicaments sont énumérés, sans trace de pathogénésie. Je sais bien qu'on ne peut reproduire à propos de chaque remède les compendieux symptômes énumérés par Hahnemann, ou par Jahr, le volume en aurait été trop surchargé, mais au moins aurait-il été possible d'indiquer les princi-

peux symptômes pathogénétiques, par exemple ceux qui, dans le Manuel de Jahr, sont marqués d'un astérique ou imprimés en caractères italiques. Tous ceux qui commencent l'homœopathie, médecins ou élèves, réclament ces indications; sans lesquelles leur pratique devient un véritable empirisme. On a déjà trop de tendances à prescrire un médicament parce qu'il a été recommandé par tel ou tel médecin autorisé, sans rechercher pourquoi et en vertu de quels symptômes pathogénétiques il devra être employé. Si les auteurs eux-mêmes tombent dans ce défaut, et n'indiquent pas le bien fondé de leur recommandation, on s'abstiendra de recourir à la matière médicale, puis aux pathogénésies et on prescrira le médicament que Monsieur X, dans l'espèce MM. Jousset père et fils, ont préconisé, comme résultat de leur pratique.

Cette petite critique n'enlève rien au mérite que je me plais à reconnaître dans ce livre, qui est appelé à rendre des services, plus peut-être aux gens du monde intelligents, qui aiment à faire du bien autour d'eux, qu'aux médecins déjà familiarisés avec l'homœopathie.

Les indications opothérapiques ont été soigneusement posées et étudiées, et c'est le côté original et nouveau de ce petit livre. On voit dans ces indications que les auteurs se tiennent toujours au courant du progrès de la science. Ce que je dis pour l'opothérapie est vrai aussi pour la sérumthérapie, cette branche nouvelle et déjà si précieuse de la thérapeutique, et qui est à la veille de nous donner le sérum de la fièvre typhoïde, dont j'ai les plus sérieuses raisons de croire à la très puissante efficacité.

MM. Jousset n'ont pas eu la prétention d'énumérer tous

les médicaments qui pouvaient être prescrits dans chaque maladie. C'eut été inutile et fastidieux, et leur énumération est déjà très complète, pourtant je me permettrai de leur signaler quelques oublis. Dans le traitement de l'ataxie locomotrice, traitement d'ailleurs si souvent inefficace, ils n'ont signalé ni le *tabacum*, ni le *zinziber*, ni l'*acide oxalique*, tous remèdes préconisés en 1896, par l'Académie homœopathique de Barcelone, comme ayant été donnés avec des résultats encourageants ; pas plus qu'ils n'ont parlé du *lathyrus cicer* sur lequel j'ai plusieurs fois attiré l'attention de nos confrères.

A propos de la cystite chronique ou catarrhe de la vessie, j'aurais voulu voir signaler l'*urotropine* dont les résultats sont souvent aussi rapides que merveilleux.

Pour une affection moins grave, mais souvent bien pénible, et à laquelle peu de personne échappent, je veux parler des douleurs de dents, il eût été bon de ne pas se contenter de préconiser l'antipyrine et la piqûre de morphine, mais de parler des bons effets de la *belladone*, du *mercure* et surtout de la teinture de *Plantago*.

Je vois aussi que parmi les médicaments employés contre le diabète, MM. Jousset ne parlent pas du *secale cornutum*, qui pourtant a fait l'objet d'un mémoire très documenté du Dr Sarat Chandra Ghosh, de Midnapore (Bengale), au dernier Congrès international d'homœopathie, tenu à Paris en 1900 ; contre la diarrhée et surtout contre les coliques violentes, qui souvent l'accompagnent, il n'est pas fait non plus mention du *Dioscorea villosa* bien supérieur pourtant à *Colocynthis*.

Dans la laryngite il n'est question ni d'*Arum triphyllum*, ni de *Kali bichromicum*, ni de *coccus cacti*.

Dans la lèpre, l'huile de *Chaulmoogra*, le seul agent thérapeutique qui ait donné un assez grand nombre de guérisons authentiques, n'est même pas signalé.

Je ne veux pas insister plus longtemps sur quelques oublis, qui n'atteignent en rien la valeur du livre de MM. Jousset père et fils, à qui nous sommes heureux d'adresser nos remerciements pour le nouveau témoignage de leur science et de leur zèle, qu'ils ne cessent de mettre au service de la doctrine Hahnemannienne.

J. P. TESSIER.

VARIÉTÉS

UNE CHAIRE POUR L'HOMÉOPATHIE

Vous me demandez de vous dire s'il serait désirable d'ériger une Chaire pour l'homœopathie dans une de nos Universités. Je veux le faire volontiers, d'autant plus que justement dans ces derniers temps on a beaucoup parlé et écrit sur ce sujet.

Il est évident que la Faculté ne désire pas l'érection d'une pareille Chaire et cela ne doit pas nous étonner ; nous connaissons tous l'animosité et l'opposition que les collègues allopathiques ont montré contre le traitement homéopathique que nous pratiquons depuis Hahnemann jusqu'à maintenant.

Il faut cependant reconnaître qu'il y a en général dans les dernières années un rapprochement de la part de nos Collègues allopathes, du moins dans notre pays, et il règne parmi eux un esprit plus clément, vis-à-vis de notre pratique ; mais il est certain qu'actuellement on s'oppose avec acharnement encore à reconnaître officiellement le traitement homéopathique ; ceci est prouvé clairement dans ce qui a été écrit de la part de la Faculté au sujet d'une nomination pas tout à fait impossible d'un homéopathe, comme professeur de pharmacognosie et pharmacodynamique, à l'Université de Leyden. Je vous rappelle ce qu'on disait d'un tel professeur, comme étant une bouche inutile sur le terrain de l'instruction médicale qui serait adjoint comme ornement (?) à la Faculté de médecine et l'on ne se gênait pas de dire que malgré le grand besoin d'instruction édifiante, la Faculté (à Leyden) aurait un professeur dont la vocation serait plutôt de démolir et de causer confusion. Certes vous avez raison quand vous me dites que l'on a avoué plus tard qu'on avait protesté énergiquement du côté homéopathique, d'avoir parlé trop raide, cependant, n'oubliez pas que en baissant pavillon on ne s'est pas montré tout à fait contre la nomination d'un homéopathe scientifique, mais qu'on entend par un tel homéopathe scientifique quelqu'un qui a bien étudié les doctrines de Hahnemann, et qui, par conséquent, peut instruire comme le professeur Stokvis qui faisait des conférences, mais par quelqu'un qui est véritablement partisan des doctrines de Hahnemann, un partisan convaincu de ces doctrines, quelqu'un qui applique ces doctrines aussi dans la pratique et qui ose se nommer homéopathe.

Pour la Faculté de Médecine la nomination d'un homéopathe comme professeur n'est certainement pas considérée comme désirable. Elle ne considère pas nécessaire, même pas indispensable ni désirable, que l'on enseigne aux étudiants en médecine les éléments du traitement homéopathique, la manière dont on doit essayer les médicaments sur le corps sain de l'homme, la manière dont ils sont préparés par lui et ensuite les règles selon lesquelles ces médicaments essayés sur l'homme bien portant et préparés d'une manière particulière sont employés au chevet du malade.

On ne peut même pas empêcher de présumer que la Faculté à Leyden considère même contre l'intérêt du médecin qu'il ait connaissance de ces éléments. Comment pourrait-elle, sans cela, se prononcer contre la nomination d'un professeur qui ne donnerait qu'une instruction démolissante et ne causerait que de la confusion.

Pour moi, et je pense aussi pour vous, il n'importe pas surtout de savoir ce que la Faculté pense d'une nomination, mais bien, si l'érection d'une Chaire homéopathique à une Université, où jusqu'ici, dans la Faculté médicale les professeurs non homéopathes avaient seul la parole, serait désirable pour nous homéopathes c'est-à-dire dans l'intérêt de l'Homéopathie, pour l'avancement et l'extension du traitement homéopathique.

Et là-dessus, cher Collègue, je dois vous dire qu'après une longue et mûre réflexion il me paraît vraiment dans le véritable intérêt de l'Homéopathie, si la Majesté notre reine le voulait, de voir nommer à une de nos Universités, un homéopathe, auquel serait confié l'enseignement de l'emploi des médicaments, c'est-à-dire la pharmacognosie et la pharmacodynamique, auquel cependant on devrait donner

une partie de l'Hôpital de l'Université pour y traiter les malades selon sa manière adoptée et étudiée.

Je sais que quelques uns d'entre nous considéreraient un professeur homéopathe comme pas à sa place parmi tous les collègues allopathes et qu'ils préféreraient, qu'en dehors de la Faculté, il soit érigé une clinique et qu'il soit nommé un professeur qui pourrait expliquer aux étudiants qui en montreraient le désir, les éléments de l'homéopathie théoriquement et pratiquement.

Mais il me paraît dans les circonstances actuelles, maintenant que le Gouvernement est disposé à nommer un homéopathe à une des Universités, que les résultats seront meilleurs si un professeur homéopathe, parmi les autres professeurs en médecine ait le droit d'enseigner et ce qui est aussi d'un grand intérêt, d'examiner. Dans ce cas c'est-à-dire quand l'homéopathe sera nommé officiellement comme professeur de pharmacognosie et pharmacodynamique, tous les étudiants, non seulement ceux qui en sentent le goût, mais tous les étudiants seront obligés de suivre le cours du professeur homéopathique et ils seront tous aussi examinés par lui dans tout ce qu'il a enseigné. De cette manière nombre de médecins, en tout cas tous les étudiants en médecine de cette Université feront connaissance avec les éléments et les doctrines de Hahnemann et sans doute beaucoup auront le désir d'être enseignés non seulement théoriquement, mais aussi pratiquement sur l'emploi des médicaments qui se trouvent dans le royaume des plantes, des animaux et des minerais, au chevet des malades selon la méthode, *Similia Similibus*.

Vous me direz que ceci n'est pas possible, si selon votre désir le professeur homéopathe n'enseigne que la phar-

macognosie et la pharmacodynamique. En enseignant ces branches il pourra bien parler des éléments homéopathiques, il pourra, à côté des idées des allopathes sur le résultat des médicaments, montrer principalement l'enseignement médical homéopathique, mais tout cela n'est que de la théorie, il ne pourra pas prouver au chevet des malades, que ses opinions théoriques sont justes ; il ne pourra pas donner l'enseignement pratique.

Là dedans je suis naturellement de votre opinion. Cependant, dans les circonstances actuelles, il n'est pas possible qu'un homéopathe soit nommé à la tête d'une clinique. Que faudrait-il faire dans ce cas ? Il faudrait lui donner une partie de l'hôpital de l'Université. Dans une partie de cet hôpital, les malades seraient traités allopathiquement et dans l'autre partie homéopathiquement. Ceci est, selon mon idée, quelque chose que nous ne pouvons exiger. Dans un hôpital où jusqu'ici les malades sont traités d'une manière allopathique, on n'a pas le droit de forcer la moitié des malades de se soumettre à un traitement tout à fait différent et même désapprouvé par les autres professeurs en médecine. Ceci, selon ma conviction, est immoral et mènera aux plus grandes difficultés, à des scènes désagréables et à des désappointements amers.

Non, l'enseignement pratique de l'emploi des médicaments, suivant les doctrines homéopathiques, doit être séparé, tout à fait séparé de la Faculté. Cet enseignement, quand une fois le professeur est nommé, doit être donné tout à fait au dehors de la Faculté, soit par le professeur lui-même, ou mieux encore par un autre, par un médecin habile, à la disposition duquel on mettrait un polyclinique homéopathique et plus tard aussi un hôpital homéopathique.

Il me semble, mon ami, que de cette manière nous pouvons avancer. Nous avons donc d'abord l'enseignement théorique, du traitement homéopathique, l'enseignement de l'emploi des médicaments suivant les éléments de l'Homéopathie avec lesquels on doit tenir compte de l'opinion des allopathes au sujet de l'effet des médicaments. Tous les étudiants doivent prendre part à cet enseignement, parce qu'ils seront examinés dans ces branches. Il s'en suivra que tous les étudiants connaîtront les doctrines de Hahnemann. Beaucoup d'entre eux, grâce au zèle avec lequel le professeur homéopathe leur représentera ces doctrines et aussi par la contemplation idéale de l'effet des médicaments, se sentiront attirés. Ils auront envie de connaître mieux ces doctrines. Ils sentiront le besoin de se rendre compte, si ces éléments peuvent être appliqués en pratique. Ils suivront le cours de l'homéopathe qui enseignera en dehors de la Faculté. Et que sera la fin, le résultat ? Parmi tous ceux qui se seront rendu compte, soit avant soit après leur examen, plusieurs seront convaincus de la vérité du *similia similibus*, et défendront avec nous les doctrines de Hahnemann, et, ce qui est le plus important, ils traiteront leurs malades suivant la méthode qui, seule guérit véritablement, *tuto, cito et jucunde*.

Voilà, cher Collègue, mon opinion sur cette affaire. Je ne me figure pas du tout, que vous et tous mes collègues homéopathes, ici dans notre pays, admettez toutes mes idées. Cependant, ce que je vous donne comme mon jugement est le fruit d'un examen approfondi et sérieux : aussi pensé-je que vous voudrez bien me donner votre sérieuse

attention à cette affaire et que, au cas où il y aurait entre vous et moi divergence d'opinions, vous aurez la bonté de m'en faire part.

D^r N. A. J. VOORHØVE.

La Haye, Août 1903.

Nous avons reproduit cet article qui nous a été envoyé des Pays-Bas, nous aurions été heureux de voir choisir un de nos confrères homéopathes français, pour remplir cette Chaire ; à ce propos, nous ne sommes pas de l'avis du D^r Voorhøve et nous croyons que d'adjonction d'un service le clinique où le professeur pourrait démontrer sur les malades, les effets des médicaments dont il a fait l'histoire théorique est le complément absolument nécessaire de son enseignement ; que, c'est seulement au lit du malade que l'on pourra se faire une conviction.

M. J.

DÉCLARATION D'AVORTEMENT ET ENLÈVEMENT D'EMBRYON.

Il arrive fréquemment que des mairies parisiennes refusent de recevoir la déclaration du médecin qui apporte un fœtus dont il lui est fait devoir de taire le nom et le domicile de la mère.

A plusieurs reprises, la *Société de Médecine légale* de France fut saisie de pareils faits et elle étudia les moyens d'autoriser dans les mairies la déclaration et le dépôt de fœtus ou embryons sans obligation, pour le déclarant, de violer le secret professionnel. Dans sa séance du 8 juin 1903, elle émettait un vœu dans ce sens et, par des démarches auprès de l'autorité compétente, elle a pu faire aboutir et

résoudre dans un esprit large cette question d'un intérêt si général.

Par une circulaire en date du 18 juin 1903, le Préfet de la Seine vient, en effet, de réglementer, en la généralisant, une procédure que suivaient déjà certaines mairies depuis 1882. C'est en raison de son intérêt professionnel que nous croyons utile de reproduire ce document :

Le Préfet de la Seine,
à Monsieur le Maire du arrondissement

Un incident qui s'est produit récemment dans une des mairies de Paris a appelé mon attention, ainsi que celle de M. le Procureur de la République, sur la procédure actuellement suivie pour les déclarations d'avortements et les enlèvements d'embryons.

Cette procédure, vous le savez, est la suivante : la famille ou le médecin accoucheur fait à la mairie une déclaration qui, après avoir été vérifiée par le médecin de l'état civil, est transcrite sur un registre *ad hoc* appelé le « Registre des Embryons » ; puis l'inhumation a lieu dans les formes ordinaires, ou bien, si la famille le désire, une voiture spéciale, ne rappelant en rien la forme du corbillard, est envoyée à domicile pour l'enlèvement de l'embryon et son transport au cimetière.

Si simple et si discrète qu'elle soit, elle ne donne cependant pas satisfaction aux personnes qui veulent rester complètement inconnues. Elle implique, en effet, l'indication du nom et du domicile de la mère. Aussi arrive-t-il parfois que, dans la crainte de divulgation, aucune déclaration n'est faite à la mairie, et que le produit embryonnaire est jeté dans les water-closets ou dans un endroit désert.

M. le Procureur de la République pense comme moi que, pour rendre moins fréquentes ces pratiques qui sont fâcheuses à tous égards, il conviendrait de faciliter, dans la mesure où cela est légalement possible, les déclarations d'avortements et les enlèvements d'embryons. Il m'a adressé à ce sujet une lettre dont j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux les passages principaux :

« La question me paraît devoir être envisagée successivement sous les deux formes suivantes :

« Quelles déclarations un officier de l'état civil est-il en droit d'exiger d'un médecin qui a assisté à un avortement ? — Quelles mesures convient-il de prendre dans les cas d'accouchements prématurés pour que l'inhumation des produits embryonnaires ait lieu sans divulgation du nom et de l'adresse de la personne victime de l'accident ?

« Sur le premier point, il ne me paraît pas y avoir lieu de déroger aux règles actuellement en usage, qui ont été édictées, par interprétation du décret du 4 juillet 1806, dans les circulaires des 26 novembre 1868, 15 janvier 1869, 28 janvier 1875 et 26 janvier 1882, après accord intervenu entre votre Préfecture et le Parquet de la Seine.

« Malgré les critiques auxquelles a donné lieu la circulaire du 26 janvier 1882, ses prescriptions doivent être maintenues et appliquées.

« La tenue du registre spécial, sorte de livre de police, où sont transcrits les certificats des médecins concernant les embryons ayant de six semaines à quatre mois de gestation, a une utilité qui a été nettement indiquée dans la circulaire du 15 janvier 1869.

« Mais dans ce certificat délivré par le médecin accou-

cheur, ou dans la déclaration faite par lui à la mairie, celui-ci sera-t-il tenu d'indiquer le lieu d'accouchement et le nom de la personne qui a reçu ses soins ? Cette question, non résolue dans les circulaires, a préoccupé quelques municipalités. J'estime que l'officier de l'état civil ne peut contraindre l'homme de l'art à donner ces indications lorsque ce dernier invoque le secret professionnel.

« C'est dans ce sens que, relativement aux déclarations de naissance, s'est prononcé le Tribunal de la Seine, contrairement d'ailleurs à l'opinion de divers commentateurs.

« Le Tribunal a jugé que, dans ce cas, deux principes étaient en lutte : d'un côté l'obligation de se conformer aux dispositions de l'article 57, Code civil ; de l'autre, l'obligation du secret professionnel imposé aux médecins (art. 378 C. c.), et il a décidé que le second devait faire tempérer dans une certaine mesure l'application du premier. Dans le cas actuel, cette solution me semble d'autant plus justifiée que l'article 57 du Code civil est inapplicable.

« Les maires auront toutefois le devoir d'exiger de la part du médecin l'affirmation que l'accouchement prématuré a bien eu lieu sur le territoire de leur arrondissement. Et ce n'est que dans le cas où le secret professionnel serait expressément invoqué qu'ils se borneront à mentionner les déclarations du médecin après l'avoir invité préalablement à justifier de son identité et de sa qualité.

« En ce qui concerne l'enlèvement des embryons, les prescriptions contenues dans la circulaire du 26 janvier 1882 me paraissent pouvoir être complétées.

« J'estime comme vous qu'il y aurait utilité à désigner un lieu où les médecins qui auraient assisté à un accouchement

prématuré pourraient être admis à déposer les produits embryonnaires, après avoir fait à la mairie la déclaration ci-dessus spécifiée. C'est dans ce lieu que ces embryons seraient soumis à l'examen du médecin de l'état civil. »

Je vous prie, Monsieur le Maire, de vouloir bien donner les ordres pour que les médecins ayant assisté à un accouchement prématuré puissent, conformément à l'avis ci-dessus exprimé, et sous les réserves qui viennent d'être indiquées, se borner, s'ils le jugent nécessaire, à faire et à signer une déclaration ne mentionnant ni le nom, ni l'adresse de la personne accouchée. La même faculté paraît devoir être accordée aux sages-femmes sous les mêmes réserves. En ce qui concerne le dépôt des embryons, j'estime qu'il pourrait être effectué dans les conditions suivantes : le déclarant aurait à déposer lui-même le produit embryonnaire dans une caisse spéciale à dimensions très restreintes, et n'ayant en aucune façon la forme d'une bière, qui serait placée par les soins des Pompes funèbres dans un local de la mairie à déterminer. Le médecin de l'état civil serait immédiatement appelé à faire la vérification et l'administration des Pompes funèbres serait, aussitôt après, invitée à procéder à l'enlèvement de la boîte et à son remplacement.

Le Préfet de la Seine, J. DE SELVES.

*(Bulletin officiel du Syndicat des médecins de la Seine
15 septembre.)*

MAISON SAINT LUC

Desservie par les sœurs de saint Vincent-de-Paul.

Lyon, quai Claude-Bernard, 20.

CLINIQUE ET DISPENSAIRE HOMÉOPATHIQUES

Compte rendu sommaire au 31 décembre 1902

(Vingt-septième année).

Le nombre des malades traités dans les salles du 1^{er} janvier 1902 au 31 décembre 1902, s'est élevé à 173, savoir :

Hommes	80	} 283
Femmes	141	
Enfants.	62	

Nombre de journées de malades, 8.619.

Moyenne de séjours des malades. . . 30 jours

Nombre de malades guéris	75
— — améliorés	101
— — stationnaires.	59
— — décédés	27
— — en traitement au 31 décembre 1902	21
Total.	283

Vingt-sept décès ont eu lieu pendant le cours de cette année, savoir :

4	par suite d'affection cardiaque.
9	— tuberculose pulmonaire.
2	— phtisie pulmonaire.
3	— asystolie cardiaque.
4	— myélite chronique.
2	— grippe infectieuse.
1	— embolie pulmonaire.
2	— cancer du pancréas.

Le nombre des consultations s'est maintenu à un chiffre fort satisfaisant et s'est élevé, pour l'année 1902, à 16.026.

Le Propriétaire-Gérant : P. JOUSSET.

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

OCTOBRE 1903

LE SPIRITISME DEVANT LA SCIENCE

Dans le quatrième volume de ses *Leçons de clinique médicale*, M. le D^r Grasset, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier, consacre deux cents pages à l'étude du spiritisme, de l'hypnotisme, du rêve et de la distraction. C'est ce chapitre dont nous désirons présenter l'analyse à nos lecteurs, parce que le sujet dont il traite tient à la fois à la philosophie et à la physiologie ; qu'il côtoie le merveilleux et l'occultisme ; qu'il touche à la cabale et à la sorcellerie ; que, par conséquent, il sera accueilli avec intérêt par la plupart des lecteurs.

La tentative de faire rentrer dans le domaine scientifique tous ces problèmes troublants ne date pas du livre de M. Grasset. Une science nouvelle, la *psychologie expérimentale* est née des efforts des savants, médecins ou philosophes, qui se sont livrés à l'étude de ces phénomènes. Cette science a-t-elle produit quelques résultats positifs ?

Ces résultats sont certains au point de vue biologique.

Des recherches opiniâtres basées sur des observations cliniques et des expérimentations de laboratoire ont fait faire de très grands progrès à la science des *localisations cérébrales* ; et sur ce terrain des connaissances positives demeurent acquises. Nous ne pouvons pas en dire autant de la psychologie proprement dite ; elle n'a guère gagné à tous ces mouvements scientifiques, que la réédition d'anciennes erreurs, étayées d'explications peu sérieuses pour la plupart.

Entrons maintenant dans l'exposition des enseignements de M. Grasset.

Si, chez l'homme bien portant et bien équilibré, la personnalité constitue une unité parfaite, il existe des états où cette personnalité *semble dédoublée*, tels sont : la distraction, le rêve, le somnambulisme spontané ou provoqué. Dans ce dernier état, et dans les phénomènes de *suggestion*, la personnalité est supprimée au moins pour tout le temps de la durée de l'hypnotisation, et remplacée par une volonté étrangère.

Les faits réunis sous le nom de *spiritisme* tiennent en partie au somnambulisme et en partie à d'autres facteurs indéterminés ; mais, dans tous les cas, la personnalité y est encore plus ou moins atteinte.

Tous ces états depuis la plus simple de tous, la *distrac-tion*, caractérisée par la continuation d'actes automatiques, plus ou moins involontaires et inconscients, pendant que l'intelligence poursuit la solution d'un problème, jusqu'à ces états, où la personnalité humaine a disparu et où l'homme est mû, sans même qu'il en ait conscience et sans qu'il en conserve le souvenir, par une volonté étrangère, par un *medium* ; tous ces états, dis-je, isolent et séparent, comme par une habile dissection, les facultés de l'âme.

Aussi tous les systèmes qui ont eu la prétention d'expliquer ces phénomènes étranges présentent un même caractère : ils admettent deux ou trois âmes dans l'homme.

Le professeur Grasset admet un *psychisme supérieur*, dans lequel une âme intellectuelle présiderait aux facultés de l'intelligence et de la volonté ; un *psychisme inférieur*, sorte d'âme animale, aurait sous sa dépendance les actes automatiques, c'est-à-dire fatals et involontaires ; enfin un grand nombre de spirites admettent une troisième âme, un principe *astral*, agissant en dehors de l'homme et expliquant la plupart des phénomènes du spiritisme.

Or, cette conception de l'âme humaine anéantit l'unité même de l'homme ; de plus, elle constitue une erreur aussi bien au point de vue théologique qu'au point de vue philosophique.

Quelques citations sont maintenant nécessaires, pour permettre au lecteur de juger la valeur de ces systèmes.

Papus (M. le D^r Encausse) est l'auteur choisi par le professeur Grasset pour représenter l'opinion générale des spirites. Ce médecin s'exprime en ces termes : « Il y a entre le moi et le non moi, entre l'esprit et le corps *un ou plusieurs principes intermédiaires*..... En général, la *trinité domine dans la nature*..... » Chez l'homme, le principe intermédiaire est le *corps astral* qui unit l'inférieur physique au supérieur spirituel.

« L'homme est ainsi comparé à un équipage dont la voiture représente le corps physique, le cheval le corps astral et le cocher l'esprit (1). »

Ce corps astral, d'après *Papus*, peut rayonner autour du corps, s'extérioriser, être lumineux. Cette *sortie du corps*

(1) Grasset, *Leçons cliniques*, 4^e partie, p. 484.

astral explique les phénomènes de *matérialisation* : mouvements et déplacements d'objets auxquels on ne touche pas ; apparitions de têtes, de bras, de corps, au milieu de la chambre ; la *télépathie*, c'est-à-dire la vue à distance ; la *suggestion mentale*, etc.

Je passe tout ce qui concerne la *métempsychose*, les *réincarnations* successives, les différentes espèces d'esprits, les évocations et toutes les rêveries analogues, mais je retiens seulement ce point que Papus admet dans l'homme trois âmes distinctes.

Léon Denis, président de la Société d'études psychiques de Tours, soutient des opinions analogues :

« L'homme pourrait être comparé, dit-il, à un foyer d'où émanent des radiations, des effluves qui peuvent s'extérioriser en couches concentriques au corps physique ; et même, dans certains cas, se condenser à des degrés divers, se *matérialiser* au point d'impressionner des plaques de photographie et des appareils enregistreurs. »

La science physiologique, autant que la science philosophique, souffrent également d'un langage qui rappelle les divagations des premiers magnétiseurs, mais il était nécessaire de faire toucher du doigt l'infériorité de cette nouvelle science.

Citons encore Durand de Gros qui admet la pluralité des âmes chez l'homme ; Paul Gibier, qui expliqua la *matérialisation* des fantômes et les apparitions ; mais arrivons au système du professeur Grasset, et, si là encore, nous trouvons l'erreur fondamentale des deux âmes, au moins ces idées sont-elles exposées en termes scientifiques.

Le professeur Grasset admet deux psychismes (deux âmes) :

1° Un *psychisme inférieur*, qui préside aux actes auto-

matiques, involontaire ou inconscient. Or, l'automatisme qui constitue les actes du psychisme inférieur, « est, dit P. Janet, soumis à un déterminisme rigoureux, sans variations et sans caprices (1). »

Sous le nom de psychisme inférieur, il faut donc comprendre les facultés communes à l'homme et aux animaux : la sensibilité, la motilité, la mémoire, l'imagination ; et l'instinct, soumis, lui aussi, « à un déterminisme rigoureux, sans variations ni caprices ».

2° Un *psychisme supérieur*, qui préside aux actes volontaires et libres ; c'est ce que, dans l'ancienne philosophie, on appelle l'âme intellectuelle par opposition à l'âme animale ou psychisme inférieur.

Voilà le système exposé par le professeur Grasset. Il est impossible de nier qu'il repose sur le *dualisme*, doctrine traditionnelle de l'Ecole de Montpellier. Cette doctrine enseigne qu'il y a, dans l'homme, deux âmes : une intellectuelle qui préside aux facultés intellectuelles et volontaires ; l'autre animale, ou *principe vital*, qui meut toutes les fonctions des corps vivants.

Cette doctrine de Montpellier, que nous repoussons parce qu'elle détruit l'unité humaine, a au moins pour elle un langage clair et vraiment philosophique. Nous ne pouvons en dire autant des termes employés par le professeur Grasset. Dans l'exposition de son système, pourquoi appeler *psychisme inférieur* le principe qui produit des *actes automatiques* ? Le premier de ces termes désigne un agent intellectuel ; je comprends qu'il s'applique aux phénomènes d'intelligence et de volonté, mais non à des actes involontaires, inconscients et se répétant fatalement comme

(1) *Loc. cit.*, p. 435.

tous les actes réflexes. Les actes réflexes, qu'ils s'appliquent tout simplement au réflexe rotulien ou aux réflexes plus compliqués qui constituent la plupart des actes automatiques, n'ont rien à voir avec la pensée. Pourquoi alors cette expression de *psychisme inférieur* ?

Que le professeur Grasset me permette de lui donner la raison d'une contradiction aussi évidente et dont cependant il semble ne pas s'être aperçu.

Cette division à laquelle il tient beaucoup, du psychisme supérieur et du psychisme inférieur, est tout à fait artificielle. Je vais plus loin, c'est même un simple *schéma* ; et un schéma est toujours plus ou moins faux. Or, qu'est-il arrivé ? En faisant fonctionner son schéma, le professeur Grasset n'a pas tardé à constater que, chez l'homme, des phénomènes intellectuels se trouvaient mélangés aux phénomènes automatiques. Lisez ce passage : « Mais cependant, dit-il, dans les réflexes supérieurs et complexes que nous appelons automatiques, il peut y avoir aussi du *psychisme*, c'est-à-dire de la *pensée* (1). » Puis M. Grasset cite immédiatement plusieurs exemples d'actes automatiques auxquels viennent s'associer des actes intellectuels.

Cela devrait être ainsi puisque l'âme est une ; et que, si dans certaines circonstances, ses facultés inférieures semblent livrées à elles-mêmes, ce n'est qu'une apparence ou un accident ; et les facultés intellectuelles de l'âme, à un moment donné, interviennent et répriment la direction des actes inférieurs.

M. Grasset, grâce à son grand talent d'observation, a pu constater lui-même le défaut de son système, mais pourquoi a-t-il continué à s'en servir ?

(1) *Loc. cit.*, p. 435.

Les questions que M. Grasset a essayé de résoudre sont horriblement difficiles parce qu'elles appartiennent à la fois à la physiologie et à la métaphysique, et cependant notre auteur proteste et se défend énergiquement de toucher à la métaphysique ! Et pourquoi cette répulsion pour une science si élevée et si nécessaire dans le cas présent ? Les enseignements d'Hippocrate sont-ils donc totalement oubliés, à Montpellier ; et ne dit-on plus : *Olim cos, hodie Montpellienai* ? On ne se souvient donc plus que le père de la médecine, loin de négliger la métaphysique, a dit qu'un *médecin philosophe est presque un Dieu*. Enfin, comment aborder l'étude du somnambulisme, de la suggestion et du spiritisme sans être en possession d'une doctrine sur la nature de l'homme et de la maladie ? Or, toutes ces questions de nature sont absolument du domaine de la métaphysique, et vouloir les résoudre, en dehors de cette science, c'est se réduire à amonceler hypothèses sur hypothèses pour aboutir à quelques-uns des systèmes ridicules que nous avons exposés ci-dessus.

A côté de la doctrine cellulaire, essentiellement matérialiste de l'Ecole de Paris et du dualisme de l'Ecole de Montpellier, il y a place pour une autre doctrine. Cette doctrine remonte à Aristote ; elle florissait pendant la scolastique et elle est enseignée, depuis soixante ans, par l'école de J.-P. Tessier : c'est la doctrine de l'union substantielle de l'âme et du corps.

La doctrine thomiste de la nature de l'homme a contre elle les passions matérialistes et antireligieuses de l'Ecole de Paris. Malgré cette opposition formidable parce qu'elle est officielle, nous avons constamment lutté et nous avons la conviction du triomphe de la vérité.

Nous nous proposons de reprendre ici cette question de

la nature de l'homme. Les lecteurs des *Annales de philosophie chrétienne* nous semblent, par leur éducation et leur habitude d'esprit, absolument compétents pour juger ces questions.

C'est du reste le seul moyen de résoudre les problèmes posés par le professeur Grasset.

Le monde offre à notre étude deux espèces d'êtres. Les uns sont *inorganiques*, les autres *organiques* ; et, malgré les tentatives d'une école matérialiste et évolutionniste (1), ces deux espèces d'êtres sont absolument distinctes.

Qu'est-ce qui constitue la différence des corps inorganiques et des corps organisés ; qu'est-ce qui caractérise le corps vivant ; qu'est-ce que la vie ?

Sans étudier dans la tradition les différentes solutions données à ce problème, nous nous bornerons à l'examen de la *théorie cellulaire*, qui règne aujourd'hui dans l'Ecole de Paris. Or la solution proposée par ce système est très simple. Inspirée par la doctrine positiviste d'Auguste Comte, Virchow et ses élèves se désintéressent des questions d'origine et de nature — il y a des cellules ; — ces cellules ne sont douées ni d'âme, ni d'archée, ni de principe

(1) L'Ecole *monistique*. — Cette Ecole enseigne que le cristal, cette forme la plus parfaite du monde inorganique, peut se transformer en corps organisé. Cette erreur est restée à l'état de simple affirmation et pour cause. La chaîne harmonique et progressive des êtres présente une interruption complète entre l'anneau le plus parfait des corps inorganiques et l'anneau le plus imparfait des êtres vivants. Ce qui constitue l'être vivant, c'est précisément qu'il *transforme* le corps inorganique en sa propre substance et que quand il cesse de vivre il retourne au monde inorganique, *circulus vitæ*. Le cristal, s'il s'accroît, augmente par juxtaposition d'éléments semblables aux siens. Jamais il n'a transformé une substance étrangère en sa propre substance.

vital. Cependant elles vivent. Comment ? par *l'irritabilité*. D'autres ajoutent : par l'action des causes externes, de la lumière, de la chaleur. Quelle est l'origine de la cellule ? La cellule est éternelle : « *cellula e cellula* ».

Nous trouvons que c'est là un procédé commode ; un problème est posé par toute la tradition ; sa solution est très discutée : eh bien ! on le supprime. C'est simple, mais je trouve le résultat fort incomplet.

Le fait incontesté de la stérilité absolue du globe terrestre à un moment de sa durée ; l'existence des êtres organisés qui existent aujourd'hui ; joints aux expériences de Pasteur démontrant l'impossibilité de la génération spontanée, constituent pour tout homme de bon sens une preuve certaine de la création. La cellule n'est donc point éternelle.

Quant au système cellulaire de Virchow, il est applicable à l'anatomie normale et pathologique, mais, en biologie, il représente une *négation*, et cela n'est pas suffisant et surtout il ne répond pas à la question posée plus haut : Qu'est-ce que l'être vivant ? Qu'est-ce que la vie ?

Voici notre réponse et l'exposé de notre doctrine :

Tout être vivant se compose d'une matière et d'une force. Cette force, qu'elle s'appelle *archée*, *âme* ou *forme* (1), modifie la matière, la transforme, l'élève à un état défini ; la fait passer de l'état inorganique à l'état vivant. C'est cette force qui, dans le végétal, transforme l'azote, le carbone, la chaux, etc., en eau, sucre, fécule et graisse. C'est elle qui modèle, comme un sculpteur, chaque être dans un moule défini et constitue les espèces.

(1) Dans le langage philosophique on donne le nom de *forme* au principe actif qui *forme* l'être, c'est le *nisus formativus* de Blumenbach.

Dans le *règne végétal*, le principe actif, l'âme, n'a que des facultés végétatives : nutrition, circulation, respiration et reproduction. Quelques espèces semblent posséder à un très faible degré la sensibilité et la mobilité (sensitive, tourmesol, etc.) faisant ainsi pressentir le règne suivant.

Le *règne animal* joint aux facultés végétatives, les facultés animales : sensibilité, motilité, réflexe, automatisme, instinct et chez les animaux supérieurs la mémoire, l'imagination, les passions, la perception du particulier, le sentiment, non du bien et du mal, mais du plaisir et de la douleur, ce qui leur permet de recevoir une certaine éducation.

L'homme a toutes les facultés qui existent dans le règne végétal et dans le règne animal, mais il se distingue d'une façon absolue de l'animal le plus parfait par l'intelligence et la volonté.

La caractéristique de l'intelligence humaine est la perception des idées générales, de l'*universel* ; et comme conséquence directe, la possession du langage, l'homme seul parle, parce que l'homme seul possède la notion d'idée générale.

L'animal le plus perfectionné, les grands singes, les chiens, connaissent un cercle, un homme, une couleur ; l'homme seul a l'idée de cercle en général, de l'homme, de la couleur.

L'animal ne parle pas et ne parlera jamais, parce que dans toutes les langues les mots désignent des *universaux* et que c'est par leur arrangement qu'on parvient à désigner des objets particuliers. Dans cette phrase, la *canne de mon père*, canne et père expriment toutes les cannes et tous les pères et c'est seulement la construction de la phrase qui donne aux mots un sens défini et particulier.

La *volonté* de l'homme est une volonté intellectuelle qui

se décide et se dirige par des raisons appréciées par la conscience ; tandis que la volonté animale, autant qu'on puisse employer cette expression, se décide par les coups ou les récompenses. L'homme est responsable parce qu'il sait ce qu'il fait et pourquoi il le fait, l'animal ne l'est pas.

Les êtres vivants sont donc des mixtes résultats de l'union d'une forme et d'une matière. Nous ajoutons que cette *union est substantielle*.

Qu'est-ce que nous entendons par l'union substantielle de l'âme et du corps?

Nous entendons par cette expression que chez l'homme l'union est tellement intime que l'être qui en résulte n'est plus ni un esprit pur ni un corps, mais une substance nouvelle : l'*homme*, c'est la substance nouvelle, c'est l'homme et non l'esprit ou le corps qui agit ou souffre ; la scholastique a exprimé cette idée par une formule aussi courte qu'elle est claire : *actiones et passiones sunt compositi*, les actes et les souffrances sont du composé.

Cette doctrine rend compte de tous les phénomènes présentés par les êtres vivants. C'est la spécificité de chaque forme, de chaque principe animateur qui constitue la différence des règnes et des espèces. Les corps inorganiques qui servent à constituer les corps vivants : azote, carbone, soufre, chaux, potasse, soude, etc., se retrouvent dans tous les corps organisés, ils ne peuvent donc expliquer les différences qui existent entre chaque espèce. La cellule composée d'un ou plusieurs noyaux, d'une matière cellulaire et d'une enveloppe ne pourrait constituer des êtres définis comme les espèces végétales et animales, si une cause supérieure, une force ne présidaient à l'arrangement de ces cellules. C'est donc le principe animateur, la forme, qui seule

peut expliquer la production de ces espèces si harmonieusement et si hiérarchiquement distribuées.

C'est l'union de l'âme et du corps qui explique la vie, comme c'est la séparation de ces deux substances qui fait comprendre la mort.

Il est encore nécessaire, pour résoudre les problèmes posés par le professeur Grasset, de distinguer nettement la maladie du symptôme et de la souffrance.

La *maladie* est un état du composé vivant caractérisé par un ensemble de symptômes et de lésions, soumis à une évolution déterminée constituant des états distincts comparables à des espèces.

Le *symptôme* est un trouble fonctionnel lié à une maladie et recevant de cette maladie un caractère spécial.

Les *souffrances* sont aussi des troubles fonctionnels mais sans évolution définie ; et qui au lieu d'être liées à une maladie, sont toujours liées à des circonstances extérieures.

Ces définitions nous seront nécessaires pour fixer exactement la valeur des termes dont nous aurons à nous servir dans notre exposition.

Les différents états étudiés par M. le professeur Grasset ont tous un caractère commun, c'est la suspension ou la perte de la conscience et de la volonté coïncidant avec la persistance et quelquefois l'exaltation de facultés animales. Mais une âme unique, douée des facultés intellectuelles, animales et végétatives suffit à l'explication des phénomènes ; il est absolument inutile de supposer l'existence de deux ou trois âmes distinctes et de donner un corps à cette hypothèse en la représentant par une figure géométrique.

Dans le *sommeil* profond, les facultés intellectuelles et animales de l'homme sont entièrement suspendues, les fa-

cultés végétatives seules subsistent et la vie n'est plus représentée que par la respiration, la circulation et les fonctions qui en dépendent comme la calorification, les sécrétions et la nutrition.

1° *Rêve*. — Dans le sommeil moins profond avec *rêve*, les facultés animales persistent et sont même quelquefois exaltées ; la mémoire rappelle des événements oubliés pendant la veille, et l'imagination enchaîne des événements et des tableaux dignes des *Mille et une Nuits* ; tantôt le sommeil est assez profond pour que l'intellect soit tout à fait absent ; d'autres fois il assiste en spectateur au rêve qui se déroule et alors il en garde le souvenir. C'est une erreur d'enseigner, comme M. Grasset, que dans le rêve le *psychisme inférieur* seul fonctionne. Le rêve de l'homme se distingue du rêve du chien, parce que chez l'homme l'intellect n'est jamais absent et qu'il se mêle aux phénomènes dus à la mémoire et à l'imagination, comme il est facile de le voir dans les rêves dont on conserve le souvenir : la faculté la plus atteinte est la volonté ; aussi, dans le rêve, l'homme est irresponsable.

Le *somnambulisme* peut être *spontané*, et il se rattache de très près au rêve, ou il est *provoqué*, et alors il revêt des caractères particuliers.

2° Le *somnambulisme spontané* est une maladie ou plutôt une affection morbide, que l'on observe le plus souvent chez les hystériques et les neurasthéniques ; il présente plusieurs variétés ou degrés. Chez la plupart des malades il se réduit à la déambulation pendant le sommeil et, quelquefois, en quelques paroles vagues et sans suite ; d'autres fois le malade manifeste des signes de frayeur : c'est le

cauchemar. A un degré plus élevé, le somnambule fait de véritables marches, en dehors de sa chambre et souvent par des endroits périlleux ; il tient des discours suivis et peut, comme dans le somnambulisme provoqué, répondre à des questions avec plus ou moins de lucidité ; quelques somnambules écrivent, font des devoirs ou composent.

Jamais le somnambule ne se souvient de ce qu'il a dit et de ce qu'il a fait pendant l'accès.

3° *Le somnambulisme provoqué* est beaucoup plus complexe parce qu'il se passe chez des sujets très prédisposés et entraînés par une sorte d'habitude et surtout parce que le somnambule subit l'influence du magnétiseur.

Nous ne parlerons point en détail de tous les phénomènes provoqués pendant le sommeil magnétique ; ils sont du reste très connus. Nous nous arrêterons sur l'un d'eux, à cause de sa signification et de son importance ; nous voulons parler de la *suggestion*.

4° *La suggestion* est une action habituellement irrésistible exercée sur la volonté du magnétisé par le magnétiseur. Exemples : un malade atteint d'*anorexie progressive* et qui ne mange pour ainsi dire pas depuis des mois, fera sur l'ordre de son magnétiseur un ou plusieurs repas abondants. Un malade sujet à des accès de convulsions, à des crises de nerfs survenant depuis des semaines, suspendra ses accès pendant plusieurs jours sur l'ordre de son magnétiseur.

Ces faits médicaux sont maintenant vulgaires ; on ne peut donc contester l'existence de la suggestion. Il faut aussi admettre que la même volonté étrangère peut contraindre le magnétisé à exécuter des actes criminels ou ridicules.

Ces faits ne peuvent être niés et la suggestion dans le sommeil magnétique est un fait acquis.

Chez les sujets malades et prédisposés, la suggestion s'impose très facilement et pour ainsi dire sans sommeil préalable, mais la plupart des hommes ne sont pas susceptibles d'être suggestionnés. La facilité à être suggestionné s'augmente par la pratique de cette manœuvre ; et il y a des malades chez lesquels la volonté propre semble absolument perdue et remplacée par la volonté du magnétiseur.

Etudions maintenant les rapports du somnambulisme et de la suggestion avec la science.

Un premier point, qui semble bien établi, c'est que le somnambulisme spontané est un acte morbide et le somnambulisme provoqué un acte de même nature ; que par conséquent le somnambulisme est toujours un phénomène naturel ; qu'il n'y a ni occultisme, ni action surnaturelle.

La relation scientifique est facile à établir. Le somnambulisme spontané est un symptôme lié à l'existence d'une maladie définie, le somnambulisme provoqué ne diffère du premier que parce qu'il apparaît chez des malades sous l'action d'une cause externe, la *fascination*.

La fascination s'exerce toujours par des moyens analogues, elle agit par la vue, habituellement la fixation des yeux sur un objet brillant (hypnotisme) ou sur le regard du magnétiseur, certains mouvements de la main devant les yeux ; chez les malades habitués et prédisposés, l'occlusion de la paupière par la main du médecin et l'ordre de dormir suffit pour amener le sommeil magnétique.

En résumé, le somnambulisme est un symptôme comme tous les autres symptômes ; c'est un trouble lié à une maladie à laquelle il emprunte et son caractère et sa durée, ses rapports scientifiques ne sont point à faire.

Veut-on expliquer les phénomènes qui constituent le somnambulisme ?

Le somnambulisme ne nécessite point, pour son explication, l'existence de plusieurs âmes et l'unité de l'homme n'est point atteinte par ces faits bizarres.

Dans le somnambulisme, les facultés intellectuelles continuent à se manifester ; ainsi le somnambule qui fait ses devoirs ou qui compose à l'usage de ses facultés intellectuelles. Mais si la fonction existe, elle est toujours troublée. Ainsi la conscience est toujours absente, puisque le somnambule ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant l'accès ; et la volonté est, dans le somnambulisme provoqué, remplacée par celle du magnétiseur, d'où la *suggestion*.

Le somnambule a donc comme deux existences séparées. Dans l'une, c'est la vie ordinaire pendant laquelle il jouit de l'intégrité de ses facultés intellectuelles ; il a conscience de ses actes et se dirige librement. Dans l'autre existence, il perd la conscience de ces actes, n'en conservent aucun souvenir et sa volonté est remplacée par celle de son magnétiseur. Sa personnalité *semble* donc être double ; mais ce n'est qu'une apparence, c'est toujours le même homme dans deux états différents : état de santé, état de maladie ; car le somnambulisme même provoqué est un état morbide ; et l'unité de l'homme n'est pas plus détruite par le magnétisme que par la fièvre avec délire ; il y a deux états et non deux personnes. Inutile pour expliquer les faits d'évoquer la pluralité des âmes et des psychismes.

La *suggestion* touche à l'inconnu et à l'explicable et la science doit se borner à enregistrer les conditions dans lesquelles elle se produit.

Résumons les connaissances positives que possède la science sur la suggestion.

La suggestion est un fait incontestable.

Elle ne peut se produire que chez des malades et avec leur consentement.

Elle est d'autant plus facile qu'elle est plus répétée.

Elle est presque toujours précédée du sommeil magnétique.

5° Le *spiritisme* a de grands rapports avec le somnambulisme provoqué et les *medium* dans lesquels *s'incarne* l'esprit des morts et qui reçoivent les communications des esprits passent souvent par un très court sommeil magnétique ; d'autres fois ils éprouvent des troubles nerveux, des souffrances, des spasmes auxquels les spécialistes de ce genre d'études ont donné, je ne sais pourquoi, le nom de *trans*.

Le spiritisme présente à étudier plusieurs ordres de faits. Nous commencerons par les plus simples.

1° *Baguettes divinatoires, pendule explorateur, tables tournantes*. Dans tous ces faits il s'agit de l'action de l'organisme humain sur un objet auquel involontairement il imprime un mouvement.

Les expériences de Chevreul et d'Arago ont démontré que ces mouvements étaient produits par l'action inconsciente ou consciente des expérimentateurs.

Le 13 mai 1853, le *Journal des Débats* publia une lettre de Chevreul qui avait paru vingt ans avant dans la *Revue des Deux-Mondes*. Dans cette lettre, le savant professeur démontrait que le *pendule explorateur*, corps lourd suspendu à un fil et dont les oscillations répondent aux ques-

tions posées, restait absolument immobile quand les doigts sont appuyés (1).

Arago, Babinet, l'abbé Moigno et d'autres savants ont démontré que les *tables tournantes* étaient mues par l'effort volontaire, conscient ou inconscient, des personnes assises autour de cette table.

De nombreuses expériences faites avec la *baguette divinatoire* m'ont convaincu que ses inflexions étaient toujours produites par une pression des mains qui la tiennent : et cette pression reste inconsciente si le sujet ne s'observe pas avec le plus grand soin.

C'est aussi par des pressions involontaires et inconscientes de la main que s'expliquent les phénomènes si curieux du *cumberlandisme* ; cette expérience consiste à cacher un objet à l'insu du sujet qui a les yeux bandés. Puis une personne qui voit où est caché l'objet est mise en communication avec le sujet en lui tenant la main ou lui touchant la tempe, il *pense fortement à l'endroit où l'objet est caché* et cette impression guide le sujet qui va droit et découvre l'objet caché. Or, des pressions involontaires de la main du directeur sont le guide certain du sujet à la recherche de l'objet caché.

Mais les tables tournantes interrogées sont entrées en communication avec les expérimentateurs en frappant avec le pied un nombre de coups en rapport avec les lettres de l'alphabet. Puis un crayon a été attaché au pied de la table qui a écrit ses réponses ; le crayon a plus tard été mis entre les mains du medium ; puis enfin le medium après un sommeil magnétique ou directement, est entré lui-même en communication avec les esprits, a rapporté leur message.

(1) Grasset : p. 506.

D'autres fois, les âmes de morts célèbres ou non se sont incarnées en eux et nous avons eu des consultations de médecins décédés, des messages de rois et d'empereur. Joseph Balsamo, Marie-Antoinette, Victor Hugo, ont pris le corps des medium et parlé par leurs bouches. Un medium s'est élevé jusqu'à la planète de Mars, nous en a décrit les habitants et leurs mœurs, mieux que cela a rapporté la langue et l'écriture des Martiens !

Mais qu'est-ce donc qu'un medium ? « Les medium, dit Janet, quand ils sont parfaits, sont des types de la division la plus complète dans laquelle les deux personnalités s'ignorent complètement et se développent indépendamment l'une de l'autre (1). »

Voici la définition de Ch. Richet :

« La conscience de cet individu persiste dans son intégrité apparente ; toutefois, des opérations très compliquées vont s'accomplir en dehors de la conscience, sans que le moi volontaire et conscient paraisse ressentir une modification quelconque. Une autre personne sera en lui, agira, pensera, voudra, sans que la conscience, c'est-à-dire le moi réfléchi, conscient, en ait la moindre notion (2). »

Le medium est donc un exemple frappant du dédoublement de la personnalité. Ajoutons que le medium est toujours un malade.

Les mediums répondent aux questions qu'on leur pose. D'autres fois ils transmettent les réponses aux questions adressées aux âmes des morts et aux esprits.

Dans un degré plus avancé l'âme du mort s'incarne en

(1) *L'Automatisme*, p. 524.

(2) Ch. Richet, « La suggestion mentale et les calculs de probabilité » (*Revue phil.*, t. II, p. 65, 1884).

eux, et alors ils imitent la pose, les manières et le langage des grands hommes qu'ils représentent, mais dans ce cas ils commettent des fautes plus ou moins grossières contre l'histoire.

Mlle Hélène Smith, célèbre medium de Genève étudié par Fournoy, après avoir incarné Victor Hugo, Marie-An-toinette et Barthès, a prétendu être allée dans la planète Mars dont elle a décrit les habitants et rapporté le langage. Or, cette langue, évidemment inventée à plaisir, n'est que du français déguisé et cet idiome fantaisiste, dit M. Fournoy, « est évidemment l'œuvre naïve et quelque peu puérile d'une imagination enfantine qui s'est mise en tête de créer une langue nouvelle et qui, tout en donnant à ses élucubrations des apparences baroques et inédites, les a coulés, sans s'en douter, dans le moule accoutumé de la seule langue réelle dont elle a eu connaissance (1). »

M. P. Janet a donné le véritable caractère de toutes ces communications spirites. « Comment les lecteurs de ces messages ne se sont-ils pas aperçus que ces élucubrations, tout en présentant quelques combinaisons intelligentes, sont, au fond, horriblement bêtes, et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir sondé les mystères d'outre-tombe pour écrire de semblables balivernes. Corneille, quand il parle par la voix des mediums ne fait plus que des vers de mirliton, et Bossuet signe des sermons dont un curé de village ne voudrait pas pour son prône, la dégénérescence a tellement atteint l'esprit des plus grands personnages qu'ils ne tiennent plus que propos de déments et de gâteux (2). »

Que conclure ? C'est que tous ces phénomènes sont enla-

(1) *Loc. cit.*, p. 159.

(2) *Loc cit.*, p. 552.

chés de fraude, inconsciente si l'on veut, mais alors à quoi bon s'attarder à écouter des névropathes, nous raconter leur rêverie ? Quelle importance peuvent bien avoir ces faits tant au point de vue philosophique qu'au point de vue physiologique ? Ils n'offrent qu'un intérêt, c'est le point de vue pathologique.

Le spiritisme me semble maintenant jugé par des hommes fort compétents et je ne vois pas qu'il soit possible de le rattacher au domaine scientifique.

Que dirons-nous maintenant des faits beaucoup plus extraordinaires décrits sous les noms de *suggestion mentale*, de *clairvoyance*, de *télépathie* ou vue à distance et de *lévitation* ou déplacement des objets à distance et sans contact.

La *suggestion mentale*, sans un geste ni une parole, est un phénomène très discutable et est encore à l'étude.

La *clairvoyance*, la vue à travers des corps opaques comme la *télépathie* ou vue à distance compte un certain nombre de faits positifs, mais qui n'ont pas pu être reproduits assez régulièrement pour entraîner la conviction.

Quant à la *lévitation*, si elle était démontrée, il faudrait renoncer à l'expliquer par les lois naturelles.

De cette trop longue étude nous concluons que les phénomènes de somnambulisme et de spiritisme se produisent toujours chez des malades ; que ces phénomènes nous permettent de constater des symptômes caractérisés par un trouble des fonctions intellectuelles différents, et cependant analogues aux symptômes bien connus de l'*aliénation mentale*.

Remarquons d'abord, pour les lecteurs étrangers à la médecine, que, la *maladie étant un état du composé vivant*, il n'y a point, comme on l'a prétendu, de *maladies mentales*;

que la folie n'est point une maladie de l'âme, mais de l'homme tout entier. Par contre, les facultés intellectuelles peuvent, comme les autres fonctions, présenter des troubles qui constituent des *symptômes de l'intelligence* : perte de mémoire, impulsions, hallucinations, idée délirante. Or, en dehors de ces symptômes bien étudiés et bien connus, le somnambulisme présente à notre observation deux symptômes très curieux : la perte de la conscience et la perte de la volonté, et ce sont ces deux symptômes qui constituent et caractérisent cet état bizarre connu sous le nom de somnambulisme et de suggestion.

Quant au spiritisme, il présente, d'après le résumé bien impartial du professeur Grasset, un assemblage de fraude plus ou moins inconscient et involontaire, mais qui n'en sont pas moins des tromperies, combiné à des divagations puériles et souvent ridicules. Nous ne trouvons donc rien qui puisse intéresser la science dans le spiritisme, et sans vouloir décourager les savants qui s'obstinent à chercher quelque chose de sérieux dans cet amas de jongleries et de puérilités, nous dirons que les études si honnêtes et si savantes du professeur Grasset nous détachent de plus en plus de ces manœuvres que j'abandonne bien volontiers aux occulistes. (*Annales de philosophie chrétienne*).

D^r P. JOUSSET.

PATHOLOGIE

LA MÉDICATION HYPOTENSIVE DANS LA PRÉ-SCLÉROSE ET LES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES.

Dans la séance du 30 juin, M. Huchard a communiqué à l'Académie un travail sur la pré-sclérose et la médication

hypotensive. C'est de ce travail, extrêmement important au point de vue clinique, dont nous voulons rendre compte aujourd'hui.

M. Huchard admet que l'artério-sclérose est toujours précédée d'une hypertension artérielle et que cette hypertension artérielle est la cause de l'artério-sclérose ; et c'est de cette théorie que s'est inspiré M. Huchard pour établir le traitement prophylactique de l'artério-sclérose obéissant ainsi à la pensée de tous les grands médecins, qu'il vaut mieux prévenir une maladie que la guérir : *principiis obsta*.

La communication de M. Huchard commence par une exposition du mécanisme de l'hypertension artérielle, et une description magistrale des cardiopathies artérielles et valvulaires. Dans ces quelques pages, M. Huchard a exposé avec une grande clarté les conditions de la tension artérielle, et trace des affections du cœur un tableau qui restera classique.

Venant maintenant au point principal de la communication de M. Huchard, c'est-à-dire à l'existence pendant un temps notable d'une hypertension artérielle précédant le début de l'artério-sclérose et de la médication hypotensive destinée à combattre cette hypertension artérielle, nous serons obligé de nous séparer jusqu'à un certain point du savant clinicien et de formuler les objections que nous a suggérées sa théorie.

Et d'abord, que doit-on entendre par cette expression de pré-sclérose ? Et ensuite, cet état pathologique trouve-t-il réellement son explication dans un état d'hypertension artérielle ?

Commençant par cette dernière objection, nous pourrions nous appuyer sur l'autorité du professeur Potain, pour

rejeter l'explication de M. Huchard. Potain considèrerait, en effet, l'hypertension artérielle, non comme la cause, mais comme l'effet de l'artério-sclérose. Mais, comme d'autre part, M. Huchard affirme l'existence de cette hypertension, qu'il dit l'avoir constatée, depuis plus de 15 ans, non seulement à l'aide des appareils, fort imparfaits, du reste, de la sphygmomanométrie, mais encore par le retentissement diastolique de l'aorte, et enfin, sur un signe moins connu et qu'il appelle la *stabilité* du pouls et sur type inverse (1), et que, d'autre part, nous ne connaissons pas de travaux cliniques infirmant cette théorie de l'hypertension artérielle précédant l'artério-sclérose, nous acceptons la théorie de M. Huchard jusqu'à preuve du contraire.

Et maintenant, que doit-on entendre par cette expression de pré-sclérose ? Voici les propres paroles de M. Huchard : « Depuis plus de 15 ans, des observations nombreuses m'ont démontré que les lésions de l'artério-sclérose sont précédées, pendant des semaines et des années, par une phase

(1) A l'état normal, le chiffre des pulsations diminue de 6 à 8 lorsqu'on passe de la station verticale à la situation horizontale. Graves, qui autrefois avait fait cette remarque, n'en avait déduit aucune conséquence pratique. Or, des observations nombreuses m'ont appris que chez tous les hypertendus, cet écart de pulsations dans les deux positions tend à disparaître et même à être renversé. Si cet écart augmente, c'est signe d'hypotension artérielle. Exemple : Vous avez 88 pulsations dans la situation verticale comme dans le décubitus horizontal, à plus forte raison 88 dans la première attitude et 96 ou 100 dans la seconde (*type inverse*), et vous êtes en état d'hypertension artérielle. Vous avez 88 étant couché et 100 ou 110 étant debout : c'est de l'hypotension. Donc, l'*instabilité* du pouls est signe d'hypotension, la *stabilité* du pouls est signe d'hypertension, et celle-ci est non seulement constatée, mais encore mesurée par le chiffre inverse des pulsations dans les deux stations verticale et horizontale.

de troubles fonctionnels (pré-sclérose), consistant dans un état plus ou moins accusé d'hypertension vasculaire due à des causes diverses. A cette période, le rôle de la clinique consiste à prévoir, et celui de la thérapeutique à prévenir, avant qu'elles deviennent irrémédiables, les altérations anatomiques, consécutives à cette sorte de surmenage artériel. » (*Bulletin de l'Académie*, page 78.)

Que M. Huchard me permette de le lui dire, cette théorie qui fait de l'hypertension artérielle la cause de l'artério-sclérose est absolument fausse. Pourquoi est-elle fausse ? Parce que conclure de la succession de deux phénomènes, que l'un est la cause de l'autre, c'est commettre le sophisme, *post hoc propter hoc*. Le sujet qui présente l'hypertension de la pré-sclérose est déjà un malade ; sa maladie est au début, et quand l'artério-sclérose aura évolué complètement, quand ses lésions multiples et irrémédiables seront établies, ce sera toujours la même maladie. La pré-sclérose précède l'artério-sclérose et ne l'engendre pas, elle en marque les débuts, mais n'en est pas la cause. L'hypertension de la pré-sclérose est si peu une cause, que c'est un symptôme. Or, un symptôme est toujours le produit, le fruit d'une maladie. Quant aux causes de ces symptômes, elles ne sont point diverses, comme le dit M. Huchard, cette cause est unique, c'est une maladie définie, c'est la *goutte*.

Nous dirons donc que le goutteux est atteint d'hypertension artérielle, que cette hypertension artérielle dure plus ou moins longtemps avant d'arriver à ces lésions définitives de l'artério-sclérose, et nous répétons avec M. Huchard, que le médecin doit alors prévoir, et la thérapeutique prévenir les accidents si peu curables de l'artério-sclérose.

L'erreur de M. Huchard, vient de sa doctrine générale ; M. Huchard appartient à l'*Ecole physiologique* et voici sa

formule : « La médecine doit être définie, la physiologie de la maladie, du malade et du médicament. » (page 817.)

Mais, avant de commencer la critique de la doctrine physiologique de M. Huchard, je demande à ouvrir une parenthèse pour exposer bien nettement ce qu'on doit comprendre en nosographie, sous cette vieille expression de *goutte*.

La *goutte*, comme toutes les maladies constitutionnelles, comprend des formes nombreuses et variables. A côté du goutteux classique, dont la maladie est caractérisée par les arthrites bien connues, siégeant sur le gros orteil, il faut placer les malades atteints de lithiase hépatique et rénale, l'hémorroïdaire, le migraineux, le diabétique, la plupart des dyspeptiques et enfin les malades atteints d'artériosclérose, que cette lésion siège dans les artères coronaires, dans les artères cérébrales et y produisent les hémorragies et les thromboses, les artères du poumon et les symptômes asthmatiques qui s'y rattachent, les artères du rein et les néphrites interstitielles. Nous disons que toutes ces affections constituent des formes de la goutte, comme nous disons que l'hystérie, la folie, l'épilepsie, etc., constituent des formes de cette grande maladie qu'on appelle la *névropathie*, et cette conception de la goutte se justifie, parce que, d'une part, ces affections, toutes héréditaires, alternent dans leurs manifestations chez les descendants ; et que, d'autre part, tous ces goutteux ont des symptômes communs, tous sont des uricémiques, tous présentent enfin ces symptômes de dénutrition signalés par Bouchard, et dont un des principaux est l'obésité.

M. Huchard appartient donc en médecine à la doctrine physiologique, et en cela il ne fait que se conformer à la tradition ; c'est avec juste raison que Claude Bernard, en-

seignant au collège de France, disait que, « aux diverses époques de la médecine, toutes explications pathologiques ont toujours été basées, en quelque sorte, sur les opinions physiologiques existantes. » (*Leçons de physiologie appliquée à la médecine*, tome I page 29). Et, pour ne parler que des temps modernes, c'est la physiologie qui considérait l'animal comme une machine, qui a engendré l'iatromécanisme; c'est la physiologie basée sur la chimie qui a enfanté l'iatrochimisme, les maladies expliquées par les alcalins et les acides; c'est enfin, de nos jours, la physiologie cellulaire qui a engendré la pathologie cellulaire, la physiologie organique qui a donné naissance à l'organicisme en médecine. On le voit, ce simple exposé historique montre qu'en prenant la physiologie pour base de leur science, les médecins n'ont enfanté que des doctrines médicales aussi stériles que changeantes.

Certes, la physiologie est une grande science qui a son importance en médecine, mais la pathologie, comme la thérapeutique, constitue une autre science, et si on veut rester dans la vérité, il faut dire que la médecine et la physiologie constituent deux sciences distinctes. Et s'il ne nous coûte pas de répéter, après Claude Bernard, « que c'est par l'alliance féconde de la clinique et de la physiologie, que nous venons de réaliser les progrès si vivement désirés par tous les amis de la médecine positive » (*Leçons de pathologie expérimentale*, page 10), c'est à la condition de ne pas confondre l'alliance de ces deux sciences avec la subordination et encore moins avec l'absorption de l'une par l'autre.

Claude Bernard était bien près de la vérité sur le rôle de la physiologie en médecine quand il disait : « C'est toujours dans l'état sain que doit être cherchée l'explication du

symptôme pathologique », mais nous allons plus loin que lui ; non seulement la physiologie nous donne l'explication du mécanisme et des symptômes, mais la conception physiologique de l'être vivant et de l'homme en particulier a, comme nous l'avons vu, une influence considérable sur la doctrine médicale. Ceci accordé, nous maintenons que la médecine est une science absolument distincte, ayant ses principes et ses méthodes particuliers, et que la physiologie ne pourra rendre de services réels à cette dernière qu'à la condition de se renfermer dans le rôle de *science servante*, et toutes les fois qu'elle voudra sortir de son rôle, elle donnera naissance à une médecine beaucoup plus riche en hypothèses qu'en connaissances positives.

Quelques exemples achèveront notre démonstration. La connaissance des fonctions glycogènes du foie, une des découvertes les plus précieuses de Claude Bernard, est absolument nécessaire pour expliquer le symptôme glycosurie et ceux qui s'y rattachent directement ; mais, si cette connaissance de la fonction physiologique du foie donne le mécanisme du symptôme, elle n'éclaire en rien la notion de la maladie. La physiologie ne peut nous faire comprendre pourquoi le foie produit trop de glycogène, et pourquoi le sucre produit n'est pas suffisamment brûlé ; ici, la physiologie est impuissante, nous sommes obligés de nous adresser à la clinique ; celle-ci nous apprend que le diabète survient presque toujours chez les goutteux et qu'il accompagne quelquefois certaines lésions des centres nerveux et du pancréas. Je concède volontiers que cette connaissance clinique ne nous éclaire pas beaucoup sur la nature intime du diabète, mais je constate que cette notion de la maladie est positive et cela me suffit.

La physiologie, en nous enseignant que le rein est un or-

gane destiné à rejeter au dehors du corps les toxines qui se produisent dans l'organisme ou qui y sont introduites, nous explique fort bien tous les symptômes qui se rattachent à l'insuffisance rénale, mais la physiologie est absolument muette ou, si elle parle, n'émet que des hypothèses sur les maladies qui donnent lieu à l'insuffisance rénale.

Je vais plus loin ; la physiologie est impuissante à expliquer certains symptômes ; l'hyperthermie, par exemple, s'explique dans les fièvres par l'énergie des combustions ; mais comment la physiologie explique-t-elle l'énorme hyperthermie des hystériques qui s'accompagne d'une diminution dans les combustions ? Cette explication est cependant du domaine de la physiologie, et je veux croire qu'un jour elle nous fournira une explication de ces hyperthermies paradoxales.

Mais, si nous quittons le domaine des symptômes, la physiologie sera absolument impuissante à éclairer la médecine. En quoi la physiologie a-t-elle jamais servi à démontrer la doctrine des espèces morbides aujourd'hui si universellement acceptée ; en quoi la physiologie éclaire-t-elle les problèmes si importants en étiologie des prédispositions et des immunités ?

Concluons donc que si la physiologie met en lumière le mécanisme des symptômes et en fixe la valeur, que si elle est la base de la symptomatologie, elle n'est d'aucune utilité pour résoudre les autres problèmes de la pathologie.

Quant à la *thérapeutique physiologique*, le professeur Bouchard en a donné la définition et fixé les limites. La thérapeutique physiologique n'est autre que la thérapeutique *symptomatique* devenue plus savante ; elle analyse la physiologie du symptôme, et aussi l'action physiologique du médicament qui doit détruire le symptôme. Or, nous rappre-

lons que la thérapeutique symptomatique ignore la maladie comme la cause, voit seulement le symptôme qu'elle combat par son contraire, nous tomberons d'accord avec tous les thérapeutistes que la thérapeutique symptomatique, même physiologique, occupe le dernier rang dans l'art de guérir.

Du reste, nous verrons dans un instant que la thérapeutique conseillée par M. Huchard dans la pré-sclérose, n'est qu'une thérapeutique palliative, c'est-à-dire qui se propose de détruire un symptôme par son contraire. Mais M. Huchard conviendra avec nous qu'il y a une autre thérapeutique que celle-là, et que la physiologie est impuissante à l'expliquer. Est-ce que la physiologie a jamais expliqué comment le veratrum guérissait le choléra, ou le sublimé la dysenterie, ou l'ipéca les hémorragies, ou l'arsenic l'asthme et les dartres, ou même le mercure la syphilis ; ce dernier exemple me rappelle les essais malheureux de la physiologie pour expliquer les actions médicamenteuses en dehors des indications palliatives. Dans un temps, on enseignait que le mercure guérissait la syphilis en évacuant le virus par la salivation ; de là naquit cette pratique funeste, l'administration des mercuriaux à haute dose, à jet continu, et tous les méfaits de l'hydrargyrisme.

Si nous avons tenu à réfuter un peu longuement cette doctrine décevante de la médecine physiologique, c'est que cette illusion est la plus grande cause d'erreur que je connaisse et le plus grand obstacle au progrès de la pathologie et de la thérapeutique.

Revenons maintenant au traitement proposé par M. Huchard pour combattre la pré-sclérose. Ce traitement comprend des moyens hygiéniques, des eaux minérales et enfin des médicaments.

Nous n'avons que des éloges pour le traitement hygié-

nique proposé par M. Huchard, pour combattre la pré-sclérose ; il se résume en deux règles : s'abstenir complètement des boissons fermentées et se rapprocher autant que possible du régime végétarien, en diminuant considérablement l'usage de la viande. Pour notre compte, nous sommes absolument persuadés que les médecins de la dernière moitié du siècle qui vient de s'écouler ont causé à la santé publique un énorme préjudice, en conseillant, sous prétexte de combattre l'anémie et la faiblesse des constitutions, un usage exagéré de la viande et de l'alcool. C'est à ce régime détestable que sont dues toutes ces affections graves, réunies aujourd'hui sous le nom d'artério-sclérose, et qui déciment si cruellement l'élite de la population à partir de l'âge de 45 à 50 ans.

Quant aux eaux minérales conseillées par M. Huchard : Bourbon-Lancy, Vittel, Contrexeville, Evian, nous remarquerons que toutes elles sont recommandées contre la goutte, et, qu'en résumé, le régime alimentaire et les eaux préconisées par M. Huchard, dans le traitement de la pré-sclérose, sont les moyens conseillés par tous les médecins aux malades menacés de la goutte.

Les médicaments indiqués par M. Huchard devaient être, d'après sa théorie de l'hypertension artérielle, cause de la pré-sclérose, des médicaments hypotenseurs, puisque ce grand clinicien puise encore ses indications dans la loi des contraires. Aussi le nitrite d'amyle, la trinitrine, le tetranitrol, et le nitrite de soude sont les quatre médicaments recommandés par lui. L'iodure de sodium est maintenant abandonné comme médicament inutile et même nuisible à la période de pré-sclérose (1).

(1) M. Huchard reconnaît aujourd'hui que *l'action hypotensive de l'iodure de sodium est peu accentuée* : que Lorin a même

Nous nous bornerons à une simple remarque, c'est que ces médicaments ont une action instantanée mais extrêmement fugace, qu'ils sont parfaitement indiqués et rendent de grands services dans certains accidents, qui, comme l'angine de poitrine, appartiennent non à la pré-sclérose mais à l'artério-sclérose confirmée. Le nitrite d'amyle, comme la trinitrine et les analogues, sont donc des médicaments applicables à des accidents passagers, et non à un état continu, comme la pré-sclérose.

L'opothérapie, conseillée par M. Huchard, contient-elle des agents capables d'une action plus profonde et plus décisive sur les symptômes de la pré-sclérose ?

M. Huchard distingue les produits opothérapiques en deux classes : les hypertenseurs dont l'adrénaline est le type, et les hypotenseurs représentés par la thyroïdine et ses analogues.

La question est plus difficile que ne semble le croire M. Huchard : il est prématuré aujourd'hui d'attribuer des propriétés hypertensives ou hypotensives d'une manière absolue aux différents produits opothérapiques. Certainement l'adrénaline en application locale et en injection intra-veineuse produit une hypertension extrêmement prononcée, mais cette hypertension dure à peine quelques minutes, puis elle est remplacée par une hypotension. Enfin l'hypertension ne se produit pas, si le médicament est introduit par la voie stomacale ou dans le tissu cellulaire. Premier point d'interrogation.

constaté une action *hypertension* de ce médicament. Si M. Huchard voulait réfléchir à ce principe de pharmacodynamie qu'il connaît aussi bien que moi ; un médicament produit deux effets opposés suivant qu'on le prescrit en forte ou faible dose, il aurait la clef de cette contradiction apparente.

La thyroïdine produit le plus souvent un abaissement de la pression artérielle, avec accélération et augmentation d'énergie des battements du cœur. Mais M. Livon a publié, dans la *Société de Biologie* (22 janvier 1898), des expériences d'où il résulte que la thyroïdine peut produire une hypertension considérable. Enfin de nombreux travaux, qu'il serait trop long d'analyser ici, il résulte que si l'action prédominante et primitive de l'adrénaline est l'augmentation de la tension artérielle, comme la diminution de cette tension est le symptôme primitif et principal de la thyroïdine, ces deux médicaments peuvent présenter des actions contraires qui se manifestent habituellement comme une réaction de l'action primitive, mais qui peuvent aussi être dues à des doses différentes (1).

D'où je conclus que c'est véritablement une solution encore prématurée de conseiller, au point de vue de la loi des contraires, une substance à action hypotensive infidèle dans le traitement de l'hypertension artérielle, qui caractériserait la pré-sclérose.

Nous sommes absolument convaincus que les liquides organiques ont rendu et rendront encore d'énormes services à la thérapeutique, mais à la condition que l'action de ces substances soit étudiée dans leur action primitive et leur action secondaire, à dose forte et à dose faible. On devrait, de plus, rechercher les différences d'action qui résultent des diverses voies d'introduction du médicament dans l'organisme. Alors, en possession de ces connaissances positives sur l'action des liquides organiques, les médecins pourront les prescrire en suivant la loi des contraires, quand il s'agira

(1) Consultez Gleyes et Langlois, séance 29 janvier 1892. Guinard et Martin 4 février 1899 et 4 mars (*Société de Biologie*).

de détruire un symptôme menaçant, en se conformant aux indications de la loi des semblables, quand on voudra obtenir de cette méthode une action véritablement curative.

Si je n'avais pour diriger mes indications que la notion des propriétés hypertensives et hypotensives de l'adrénaline et de la thyroïdine, aurais-je jamais prescrit le premier de ces médicaments dans certaines chloroses graves et dans l'hémophilie, ou la thyroïdine dans le traitement du goître exophtalmique, ou de la tachycardie, qui survient quelquefois au cours des endocardites artérielles ? Les symptômes de prostration profonde qui caractérisent la maladie d'Addison et les hémorragies rapportées dans certaines expériences sur l'adrénaline, ont attiré mon attention sur ce médicament dans le traitement de malades présentant à haut degré ces phénomènes de prostration musculaire ou d'hémorragies multiples, et l'adrénaline, prescrite à des doses de quelques gouttes chaque jour, d'une solution variant du millième au millionnième, ont modifié avantageusement l'état de chlorotiques et d'hémophiliques.

L'emploi de la thyroïdine, dans le traitement de la maladie de Basedow, n'est pas propre à notre école, un grand nombre de médecins prescrivent cette substance, et un plus grand nombre encore l'emploieraient s'ils voulaient bien diminuer suffisamment les doses pour n'avoir jamais d'aggravation et rechercher minutieusement les indications particulières à chaque cas.

D^r P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

DE L'ACTION DU CHLORURE DE SODIUM SUR LE REIN

Un nouveau fait clinique s'est produit : on a constaté chez les Brightiques qu'un excès de chlorure de sodium alimentaire augmentait considérablement la quantité d'albumine contenue dans les urines et les œdèmes qui accompagnent certaines néphrites, et que, par opposition, la privation du sel marin amenait chez les malades une diminution considérable de l'albumine et de l'anasarque. Il est donc intéressant de rechercher l'action positive du sel marin chez l'homme sain et chez les malades atteints de néphrite, c'est ce que le travail de MM. Castaigne et Rathéry dans la *Semaine Médicale* (n° 38), va nous permettre de faire.

1^{er} Faut. — L'absence du chlorure de sodium dans les aliments produit l'albuminurie chez l'homme sain.

Ce fait a été démontré par les expériences suivantes :

1° Wundt, ayant pris pendant cinq jours ses repas sans sel, constata le troisième jour la présence d'albumine dans ses urines, en même temps que le chlorure de sodium contenu dans ce liquide baissait de 7 à 2 grammes.

2° Un étudiant en médecine se nourrit pendant huit jours de viande bouillie et de pain sans sel : au 4^e jour, traces d'albumine, le 8^e 0 gr. 50 d'albumine par litre. L'albumine disparut par le retour au régime ordinaire.

3° Rosenthal a soumis des chiens à l'abstinence presque complète de sel et a vu survenir chez eux de l'albumine

au moment où leurs chlorures urinaires diminuaient très notablement.

4° Des lapins nourris avec du pain sans sel mélangé d'eau, présentait de l'albumine dans les urines dès les premiers jours, et la nécropsie permit de constater des lésions très nettes de l'épithélium des tubuli contorti. Cette dernière expérience est due à MM. Castaigne et Rathery.

II° FAIT. — L'excès du chlorure de sodium alimentaire produit l'albumine dans l'organisme sain.

I^{re} expérience. — Le professeur Lépine a constaté que l'injection dans les veines d'un animal, d'une certaine quantité d'une solution salée à 7/000 occasionne le passage de l'albumine dans les urines. L'injection dans l'estomac de chlorure de sodium, à dose suffisante, a provoqué l'albuminurie chez les chiens et déterminé une lésion très évidente de l'épithélium rénal.

II^e expérience. — MM. Castaigne et Rathery ont constaté qu'une dose moyenne de sérum (7 centimètres cubes par kilogramme) ne produit jamais d'albumine à moins qu'on ne continue ces injections pendant plusieurs jours, au contraire, une dose forte (30 centimètres cubes par kilogramme d'animal) provoque l'albumine dès les premiers jours, ainsi que la lésion des tubuli contorti.

La conclusion à tirer de ces deux premiers faits, c'est que la diminution considérable du chlorure de sodium produit, comme l'excès de ce sel, une affection identique caractérisée par l'apparition d'albumine dans l'urine et la lésion de l'épithélium des tubuli contorti.

III° FAIT. — La suppression du chlorure de sodium dans l'alimentation d'un Brightique diminue considérablement

la quantité d'albumine contenue dans les urines et l'anasarque.

IV^e FAIT. — L'excès de sel alimentaire aggrave chez les Brightiques l'albuminurie existante et les symptômes d'hydropisie.

C'est à MM. Widal, Lemierre et Javal que revient le mérite de cette constatation. M. Widal a montré, en effet, « comment chez certains Brightiques, on peut par l'ingestion prolongée des chlorures, faire apparaître à volonté les grands œdèmes généralisés et comment on peut les faire disparaître par la seule cessation de l'épreuve de la chlorurie alimentaire. » (p. 309)

De ces derniers faits, il résulte que la même substance, le chlorure de sodium, diminue les symptômes de la maladie de Bright, quand sa dose est extrêmement réduite, les augmente, au contraire, quand la dose est exagérée.

Les recherches sur l'action du chlorure de sodium sur le rein offrent un intérêt théorique et un intérêt pratique.

Théoriquement, ces faits sont la confirmation des grandes lois de la pharmacodynamie hahnemannienne : l'hypochloruration qui produit l'albuminurie chez l'homme sain, le guérit chez le malade : « *similia similibus curantur*. » L'hyperchloruration produit l'albumine et la lésion rénale chez l'animal sain, et chez le Brightique aggrave considérablement tous les symptômes et fournit ainsi la preuve des aggravations médicamenteuses, si souvent constatées dans notre thérapeutique.

Au point de vue pratique, l'intérêt est double : la première conclusion que nous voulons retenir, c'est que le chlorure de sodium est un mauvais condiment pour les Brightiques, surtout dans la forme où la lésion est une néphrite paren-

chymateuse. On se trouvera donc bien dans cette forme particulière de diminuer ou même de supprimer complètement le sel alimentaire, autant que cette suppression n'amènera pas d'accidents spéciaux.

La seconde conclusion pratique, c'est qu'il faut y regarder à deux fois à faire des injections abondantes de sérum artificiel chez des opérés et dans le traitement des grandes hémorragies, s'il existe une néphrite chronique chez le malade.

C'est ensuite qu'on a tort de prodiguer, comme on le fait aujourd'hui, sous prétexte de *lavage du sang*, les grandes injections de sérum artificiel dans l'urémie. On devra s'abstenir de ce moyen thérapeutique chez les urémiques, qui sont en état d'hypertension artérielle, et le réserver seulement pour les affaiblis, les cachectiques en état d'hypertension. Il faudra surtout éviter l'injection intra-veineuse et se borner à l'injection hypodermique.

D^r PIERRE JOUSSET.

TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

Nous avons l'habitude de prescrire dans l'ulcère simple de l'estomac comme principal médicament le *nitrate d'argent* à la 6^e dilution, avec un régime approprié ; ce médicament suffit ordinairement pour combattre les douleurs propres à cette affection et pour amener la guérison de l'ulcère.

En même temps nous prescrivons un régime approprié.

M. Alb. Robin, dont on connaît la grande compétence pour les questions de thérapeutique, a magistralement in-

diqué dans une de ses leçons à l'hôpital de la Pitié (1), les différentes phases du traitement hygiénique de l'ulcère simple ; nous allons en reproduire les principaux passages.

Ce traitement se compose de trois étapes successives :

- 1° Cure de repos stomacal absolu ;
 - 2° Période de régime lacté absolu ;
 - 3° Retour à une alimentation raisonnée.
- 1° *Cure de repos stomacal absolu.*

Le malade gardera le lit ; on lui recommandera l'immobilité la plus grande. On lui appliquera des compresses froides au niveau du creux de l'estomac.

S'il y avait hémorragie, vous appliqueriez une vessie de glace au creux épigastrique.

Le malade ne met absolument rien dans son estomac. Certains partisans de la cure de repos absolu permettent à leurs malades de boire de l'eau pure ; mais alors, il ne s'agit plus de repos absolu, puisque l'ingestion de tout liquide, même de l'eau distillée, oblige l'estomac à se contracter et stimule des sécrétions.

Toute alimentation par la bouche étant interdite, on y supplée par *des lavements désaltérants* et *des lavements alimentaires*. Je prescris le premier jour, matin et soir, un lavement alimentaire ; et trois fois dans la journée, un lavement désaltérant à l'eau bouillie. Dès le second jour, on tente de faire tolérer quatre lavements alimentaires, dont le volume ne doit pas dépasser 200 cc. si l'on veut qu'ils soient gardés. Vous faites précéder chacun d'eux d'un lavement désaltérant de 250 à 300 cc. qui remplit aussi l'office de lavement évacuant.

Tous ces lavements doivent être donnés tièdes, et le ma-

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 30 août.

lade étant couché, à l'aide d'une sonde de Nélaton, qui permet de les pousser aussi haut que possible, très lentement et avec le minimum de pression nécessaire.

On a varié à l'infini la composition des lavements alimentaires. Après différents essais, j'ai adopté la formule suivante :

Œufs frais battus	N° 1 à 3.
Peptonés liquides	40 à 50 gr.
Solution de glucose à 20 p. 100..	100 »
Sel marin	1 » 50
Pepsine	0 » 50
Laudanum.	III gouttes.
Bouillon frais, Q. s. pour faire..	200 cc.

Si cette formule n'est pas tolérée, essayez de n'employer que le jaune de l'œuf, dont vous pouvez injecter cinq à six par lavement.

Une recommandation importante est de bien émulsionner le mélange avant de l'employer.

Le *laudanum* n'est pas indispensable ; commencez toujours par donner le lavement laudanisé, puis essayez de supprimer ce médicament dès le troisième lavement.

Mais le malade se plaint surtout de la soif ; il rend de l'urine, il émet de la vapeur d'eau par la respiration et par la peau ; il faut donc lui donner une quantité d'eau suffisante pour remplacer celle qu'il perd. Ce sera le but des lavements désaltérants que vous ferez prendre une demi-heure avant chaque lavement alimentaire. Quand la soif n'est pas calmée par les lavements désaltérants, j'autorise des *pilules de glace*, en recommandant instamment de ne les donner qu'en cas d'absolue nécessité.

J'ai réussi également en ordonnant, trois à quatre fois

par jour, I ou II gouttes de *teinture thébaïque* dans une cuillerée à café d'eau pure.

Combien de temps convient-il de continuer la cure de repos stomacal absolu ? Vous serez fixé sur ce point par des symptômes très précis et vous devrez reprendre l'alimentation lactée :

1° Lorsque les douleurs spontanées auront complètement disparu ;

2° Si le malade accuse une grande sensation de faiblesse avec tendance syncopale, vers le troisième jour de la cure, en même temps qu'une grande diminution du poids. Le premier et le second jour, le malade perd près d'un kilogramme ; mais après le troisième jour, le poids ne doit plus baisser que lentement. Sinon vous devez penser que les lavements ne sont pas bien absorbés et cesser le traitement ;

3° Si la tension artérielle s'abaisse, et si la température rectale descend au-dessous de $35^{\circ}5$;

4° Enfin, si la quantité d'urine tombe au-dessous de 400 grammes.

Le dosage de l'azote total de l'urine vous fournit aussi de précieuses indications, car vous devez retrouver dans l'urine environ 45 p. 100 de l'azote injecté dans le rectum. Si la quantité d'azote urinaire est inférieure, c'est que l'absorption rectale est insuffisante ; si elle est de beaucoup supérieure, c'est que la dénutrition est exagérée. Dans les deux cas, vous ferez reprendre l'alimentation.

Les auteurs ne s'accordent pas sur la durée qu'il convient d'assigner à la cure de repos. Les uns conseillent trois à quatre jours ; Tournier de quinze jours à un mois. Je ne pense pas qu'on puisse fixer de limite absolue ; vous devrez continuer aussi longtemps que le permettra la tolérance des malades, que les lavements alimentaires leur assureront

une nutrition suffisante et jusqu'à ce qu'aient disparu les symptômes révélateurs de l'ulcère. En général, cela demande de cinq à neuf jours.

2° *Régime lacté absolu*. Le premier jour, supprimez un des lavements alimentaires et remplacez-le par 100 grammes de lait chaud, qu'on prendra par toutes petites gorgées. A chacun des trois jours suivants, vous supprimez un autre lavement, en donnant à sa place 100 grammes, puis 150 grammes, puis 250 grammes de lait, de sorte que le cinquième jour, le malade prend 800 grammes de lait en quatre fois. A partir du sixième jour, donnez six prises de 250 grammes de lait espacées toutes les trois heures, en commençant à 7 heures du matin pour finir à 10 heures du soir, et en ne prenant rien de 10 heures du soir à 7 heures du matin. A partir de ce jour, augmentez rapidement la quantité de chaque prise, en l'additionnant d'une cuillerée à soupe d'eau de chaux, de façon que le malade parvienne à ingérer durant la période alimentaire de la journée, trois puis quatre litres de lait et 100 à 200 grammes d'eau de chaux.

3° *Retour à l'alimentation*. — Ce retour ne peut se faire que progressivement, en ajoutant peu à peu au lait d'abord des jaunes d'œufs, puis des farines, (grau, orge, avoine, riz, etc.), des pâtes, des légumes secs ; on arrivera ensuite à de la viande et progressivement au régime alimentaire ordinaire.

D^r MARC JOUSSET.

DU TRAITEMENT DE L'HYPOSYSTOLIE MITRALE

Dans le numéro du 10 mars des *Archives générales de médecine*, nous trouvons un article du D^r Merklen, qui fait connaître plusieurs moyens encore peu usités, et qui doi-

vent être ajoutés au traitement classique de l'hyposystolie mitrale.

Les malades porteurs d'une insuffisance mitrale présentent trois états très distincts au point de vue thérapeutique. Ou bien ils sont en crise d'asystolie caractérisée par la dyspnée continue, la diminution des urines, la matité cardio-hépatique, l'hydropisie, et la cyanose. Ces états réclament un traitement particulier et bien connu.

Dans d'autres cas la lésion est compensée, c'est-à-dire qu'à l'exception des signes fournis par l'auscultation et d'une respiration facilement gênée, les malades paraissent en état de santé.

D'autres malades enfin présentent un troisième état que M. Huchard a désigné sous le nom d'hyposystolie et c'est du traitement de cet état qu'il s'agit dans la communication de M. P. Mercklen.

L'asystolie à son premier degré se caractérise par de l'oppression et des palpitations sous l'influence d'une marche rapide, d'un effort inusité. L'arythmie habituelle à l'insuffisance mitrale même compensée s'accentue beaucoup dans l'asystolie. Tantôt ces différents symptômes apparaissent irrégulièrement à l'occasion d'une fatigue ou d'un refroidissement. D'autres fois ils sont continus, s'accompagnent de dilatation du cœur, de congestion du foie, et d'une impotence plus ou moins complète pour le mouvement.

Le traitement de l'hyposystolie mitrale comprend des soins hygiéniques et des médicaments. Les soins hygiéniques se résument dans une alimentation dont sont bannis les viandes indigestes et faisandées, le vin et toutes les boissons fermentées. Ces malades doivent manger peu de viande, se rapprocher autant que possible du régime végé-

tarien et du régime lacté. M. Merklen ajoute, avec raison, qu'ils doivent éviter les gros repas.

Evidemment ces malades doivent s'abstenir des exercices violents et de surmenage musculaire. Cependant ce serait une erreur de condamner, en dehors des accès, ces malades à un repos absolu. M. Merklen remarque très justement que la dyspnée est souvent très marquée au lit le matin, qu'elle diminue en faisant sa toilette, et que quelquefois elle disparaît tout à fait par la marche.

Ces malades craignent beaucoup le froid et l'humidité. La campagne et le climat du Nord leur conviennent parfaitement. Les altitudes et le bord de la mer leur sont habituellement contraires.

Je ne vois pas bien pourquoi M. Mercklen, tout en défendant l'habitation au bord de la mer, conseille les voyages en yacht.

J'ai l'habitude de traiter ces malades par la *digitale*. La préparation que je préfère de beaucoup est le *digitaline cristallisée*. Je me sers d'une solution au 1/1000 et, au lieu d'administrer une forte dose (XL à L gouttes à la fois comme dans l'asystolie) je donne chaque jour de VI à X gouttes en deux fois. Je continue trois semaines, repos huit jours, et recommencer. Si le malade va mieux j'augmente les intervalles de repos. Ce traitement peut se continuer indéfiniment ; il soutient l'énergie du muscle cardiaque, diminue considérablement la dyspnée et maintient les urines dans une bonne proportion. M. Merklen attache peut-être une plus grande importance à la *théobromine*, dont il recherche surtout l'action diurétique. Nous n'admettons pas comme démontrée l'opinion qui considère la *théobromine* comme un diurétique direct, agissant sur l'épithélium rénal, et nous

pensons que l'action favorable de ce médicament dans l'hyposystolie tient pour beaucoup à son action sur le cœur.

Arrivons à ce qui constitue la partie nouvelle de la thérapeutique de l'hyposystolie. Cette partie comprend trois moyens : les bains chauds chlorurés, le massage et la gymnastique. Depuis quelque temps on a beaucoup préconisé l'usage de certaines sources thermales, dans le traitement des maladies du cœur. Nauheim en Allemagne, Bourbon-Lancy en France, sont les deux sources principales recommandées dans cette thérapeutique.

Nous n'avons aucune expérience personnelle de la balnéation dans les affections du cœur et n'acceptons qu'avec une extrême réserve les comptes rendus des médecins d'eaux. Par contre, nous accordons une véritable autorité aux opinions thérapeutiques de M. Merklen, et c'est sa pratique que nous allons faire connaître sur ce point.

M. Merklen prescrit le bain artificiel de Nauheim composé de 2 à 3 kilogrammes de sel marin et de 2 à 300 gr. de chlorure de calcium pour 300 litres d'eau. Le bain ordinaire de 10 à 15 minutes, suivies d'un repos d'une heure au lit. Les bains peuvent être administrés tous les deux jours. Le fait le plus sensible pour le malade est une plus grande facilité de la respiration, en même temps que le médecin constate une plus grande régularité du pouls et une diminution de la matité cardiaque.

Après le bain chaud vient le massage. Voici comment M. Merklen le pratique. C'est un tapotage léger de la région précordiale, à l'aide du bord cubital des deux mains agissant alternativement. Ce massage qui doit durer 5 minutes a pour effet un léger ralentissement du pouls avec pulsations avortées moins nombreuses, le relèvement de la tension artérielle, et le soulagement de la dyspnée. On cons-

tale en même temps la réduction d'un quart environ de la matité cardiaque en hauteur et en largeur.

La gymnastique vient en dernier lieu et ne doit être pratiquée que quand le cœur a déjà repris une certaine force. La gymnastique conseillée est ce qu'on appelle la gymnastique de résistance. Voici comment elle se pratique. Le malade exécute des mouvements des membres et le médecin ou un aide oppose au moyen des mains une certaine résistance à ces mouvements. Ces mouvements doivent être faits lentement, énergiquement, isolément. C'est-à-dire qu'après un mouvement d'adduction ou d'abduction du bras par exemple, le malade doit se reposer pendant 30 ou 60 secondes avant de recommencer. Le but de cette pratique est de provoquer une vaso-dilatation périphérique.

D^r WAGNER.

REVUE CRITIQUE

MÉDICATIONS RÉCENTES DE LA COQUELUCHE

Sous ce titre M. Amat publie un article (1) plutôt pessimiste qui commence ainsi :

« Lorsque l'on voit les traitements se multiplier pour une même affection, on peut être persuadé que cette prétendue richesse n'indique qu'impuissance et embarras : la coqueluche en est le meilleur exemple. »

Nous autres homéopathes, nous sommes, au contraire.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 30 août.

bien tranquilles lorsqu'il s'agit de traiter une coqueluche ; notre thérapeutique de cette maladie, reposant sur des lois positives, nous donne les meilleurs résultats et nous n'avons ni impuissance, ni embarras, car nous savons ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons.

Nos succès dans le traitement de cette maladie ont tellement bien établi notre supériorité, que non seulement beaucoup de familles abandonnent leurs médecins habituels pour recourir à nous lorsqu'elles ont des coqueluches à soigner, mais encore un certain nombre de médecins allopathes n'hésitent pas à nous faire soigner leurs enfants ou leurs parents.

Les allopathes, au contraire, traitant les maladies suivant les idées du jour et les hypothèses à la mode, ont essayé et essayent dans le traitement de la coqueluche toute la pharmacopée et dans son article, M. Amat passe en revue vingt médications nouvelles, tout en laissant de côté à dessein « des médicaments d'un usage général, tels que la belladone, le bromure, le chloral, le bromoforme, la quinine, l'antipyrine, la résorcine, l'oxymel scillitique, etc. » Il ne s'occupe que des médications récentes qui ne donnent que des résultats très problématiques, comme on peut en juger par les passages suivants.

Sérum de Leuriaux.— Avec lui, si l'on intervient au début de la maladie, les phénomènes de toux spasmodique, le cri et les vomissements, s'ils existent, diminuent rapidement de fréquence et d'intensité pour disparaître complètement en quelques jours. Si d'autre part la même méthode thérapeutique est appliquée dans les coqueluches graves ou compliquées dont le début remonte déjà à douze ou quinze jours et plus, les mêmes effets favorables s'observent ; mais dans

ce cas, dit M. Leuriaux, la guérison complète est plus lente à venir. Au total ce sérum guérirait en cinq ou huit jours les coqueluches au début et agirait comme « adoucissant » dans les coqueluches graves, compliquées ou traitées tardivement.

La quantité de sérum à injecter, suivant M. Leuriaux, doit être de 5 cc. pour les enfants de quelques mois à deux ans environ. Au delà il y a avantage à employer 10 cc. Il n'existerait aucune contre-indication à injecter une deuxième, une troisième dose de sérum, lorsque les symptômes s'amendent avec lenteur.

Sur 66 cas de coqueluche, M. Leuriaux n'aurait eu que cinq échecs, et nombre de médecins des hôpitaux de Bruxelles ont pu, semble-t-il, vérifier l'efficacité de ce sérum. Malheureusement les espérances fondées sur lui ne semblent pas se réaliser, en France du moins. M. Variot a constaté que, chez trois enfants âgés respectivement de trois mois, dix-neuf mois et vingt-huit mois, atteints de coqueluche bien typique, sans complications, des doses de 5 à 10 cc. de sérum de Leuriaux n'avaient produit de modifications ni dans le nombre, ni dans l'intensité des quintes. La coqueluche a évolué comme d'habitude et les enfants ont quitté le service après cinq à six semaines.

Devant ces résultats entièrement négatifs, M. Variot n'a pas cru devoir continuer ses essais de contrôle.

Employé par M. Roques, dans le service de M. Josias, le sérum de Leuriaux n'aurait pas donné non plus les résultats favorables obtenus par le médecin belge. S'il a pu réussir dans la majorité des cas à faire baisser les quintes pendant quelques jours, cette amélioration n'a pas été durable, celles-ci n'ayant pas tardé à reprendre leur nombre et leur intensité d'auparavant. Enfin le sérum de Leuriaux n'aurait

pas empêché les complications de se produire et dans les sept observations relatées par M. Roques deux fois il a été noté des signes de broncho-pneumonie.

Sérum antidiphtérique. — Chez une fillette âgée de trois ans qui, au cours d'une coqueluche, fut atteinte d'angine diphtérique, M. G. Dotti (de Lecco) vit sous l'influence d'une injection de sérum, non seulement les lésions de la gorge rétrocéder, mais encore la toux quinteuse cesser rapidement. Aussi sa conviction fut-elle que la sérothérapie antidiphtérique pourrait rendre dans la coqueluche des services analogues à ceux qu'on en a obtenus dans certaines affections microbiennes autres que la diphtérie telles que l'ozène.

Escomptant les bons effets de cette médication, M. Cérioli (de Broni) a obtenu, par l'emploi du sérum antidiphtérique, les résultats les plus encourageants dans une épidémie de coqueluche après avoir essayé sans succès tous les moyens préconisés contre cette maladie. Ce traitement qui fut appliqué dans 15 cas de coqueluche, dont 3 très graves, 7 d'une gravité moindre et 5 légers, a eu pour effet d'amener chez tous les petits malades, sauf un, une amélioration qui s'est montrée 8 fois au bout d'une période variant de trois à vingt-quatre heures après l'injection et 6 fois au bout de trente-six heures à trois jours. Cette amélioration portait aussi bien sur les symptômes de la coqueluche elle-même que sur ces complications, épitaxis à répétition et hémorragies.

M. Cérioli a employé le sérum antidiphtérique à la dose de 5 à 10 cc., en ne faisant qu'une injection à chaque enfant. Dans un cas seulement on a injecté à deux reprises 5 cc.

Les essais continuèrent à se multiplier mais avec des résultats de moins en moins satisfaisants. Si dans les hôpi-

taux d'enfants, dans le service des coquelucheux, on injecte encore au sérum antidiphthérique, c'est contre la diphthérie elle-même traitée préventivement qu'on l'emploie plutôt que contre la coqueluche. A noter toutefois que M. Kornajewski reste inébranlablement fidèle à cette médication : pratiquant tous les deux ou trois jours pendant une semaine chez ses coquelucheux une injection de sérum antidiphthérique, il constaterait comme résultat la guérison de la maladie en deux semaines et la disparition des quintes dès les premiers jours.

Vaccin Jennerien. — Une circonstance toute fortuite est venue démontrer, il y a une douzaine d'années, l'influence favorable d'une vaccination jennérienne réussie dans le cours d'une coqueluche. M. Cachazo, ayant à vacciner un enfant coquelucheux, remarqua que, presque immédiatement après l'opération, il se fit un amendement considérable dans son état. Ce fait lui donna l'idée d'expérimenter l'action du virus vaccin dans cinq cas extrêmement graves de cette maladie : quatre des coquelucheux étaient dans une situation telle qu'on avait des craintes sérieuses pour leur vie. Les attaques convulsives étaient presque continues et s'accompagnaient de suffocation imminente. M. Cachazo vaccina chacun d'eux et la scène changea dès que les phénomènes fébriles dus à l'inoculation apparurent : la toux cessa complètement et disparut au bout de huit à dix jours.

Depuis la vaccination a été fréquemment utilisée dans le traitement de la coqueluche. Les médecins italiens Pestalozza, Pesa, Celli, Bolognini ont insisté sur sa valeur curative et prophylactique. Mais on a publié aussi des succès, la relation de cas où la vaccination la mieux réussie n'a en rien influencé l'évolution de la maladie.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que la coqueluche n'est pas une contre-indication à la vaccination. On devra au contraire s'empresse de vacciner les petits coquelucheux qui ne l'auraient pas été, convaincu que cette mesure, si elle n'est pas absolument utile, ne sera jamais nuisible.

Gaiacol et Goménol. — M. de Chateaubourg (de Paris), voyant l'effet favorable du *gaiacol* dans la tuberculose, voulut essayer ce médicament contre la coqueluche. En injections de 2 cc. et demi d'une solution au 10° dans l'huile stérilisée, il a obtenu des améliorations. Le *goménol* aurait donné aussi des succès à MM. Leroux et Pasteau.

Ozone. — L'ozone, produit par l'appareil de MM. Labbé et Oudin, trois inhalations de dix minutes par jour et même plus, amenèrent une diminution dans le nombre et l'intensité des quintes.

Nous avons vu trois enfants, soumis au traitement homœopathique et à qui l'on faisait en même temps des inhalations d'ozone, sans que ce moyen nous ait paru avoir d'action véritable ; ces enfants, au contraire, se sont montrés beaucoup plus rebelles à notre traitement que nous l'observons d'habitude et leurs coqueluches ont été longues et violentes.

Acide phénique. — Les inhalations d'eau phéniquée produites par l'évaporation sur un réchaud dans l'intérieur de la chambre où se trouve le coquelucheux déterminent incontestablement une atténuation du mal : les quintes sont moins fréquentes et moins prolongées. Mais cette médication très déprimante se traduit fréquemment par des épistaxis qui sont signes d'un commencement d'intoxication. Aussi l'acide phénique est-il de moins en moins employé dans la coqueluche.

En ces derniers temps cependant M. Baumel, de Montpellier, a cru devoir y recourir. Il est vrai qu'il emploie les pulvérisations phéniquées à 20 p. 100 (?), qui, d'après son expérience personnelle, font avorter (en l'atténuant singulièrement) la maladie. Les pulvérisations doivent être faites à une distance de 1 mètre à 1 m. 50 de la tête du malade et jusqu'à deux et trois fois par jour. La dose de chaque pulvérisation doit varier suivant l'âge des sujets, mais selon Baumel, les nourrissons ne doivent pas être exclus de l'usage de ces pulvérisations ainsi que le prouvent les observations réunies dans la thèse de son élève Guglielmi.

Oxygène. — M. Baroux (d'Armentières) a eu l'idée de faire inhaler de l'oxygène au moyen de l'eau oxygénée. Il s'est très bien trouvé de ce moyen thérapeutique dans les 13 cas de coqueluche où il a eu l'occasion de l'employer.

Voici son procédé : toutes les quatre heures, on verse 80 grammes environ d'eau oxygénée à douze volumes sur deux linges de vieille toile blanche, d'un mètre carré de surface, pliés un certain nombre de fois et placés dans une assiette. On suspend ensuite ces linges sur une corde tendue en travers dans la pièce où se trouve le petit malade.

L'effet des vapeurs d'eau oxygénés que l'enfant aspire de la sorte d'une façon permanente ne tarde pas à se manifester par une diminution progressive de la fréquence et de l'intensité des quintes. Ce traitement abrégait même, d'après M. Baroux, la durée totale de la maladie.

Oxygène et vapeurs médicamenteuses. — Pour ces inhalations on se sert d'un appareil fort simple, composé d'un ballon rempli d'oxygène et relié par un tube en caoutchouc à un saturateur contenant des fragments de pierre ponce ; un autre tube, terminé par un embout en os, est destiné à

amener l'oxygène chargé de vapeurs médicamenteuses dans la bouche de l'enfant.

Pour charger l'appareil, on place d'abord la pierre ponce dans un verre et l'on y verse, goutte à goutte, une solution de bromoforme dans de l'eau de laurier-cerise, en ayant soin de remuer les fragments avec une petite baguette de verre. On met ensuite la pierre ponce dans le saturateur par couches successives ; en saupoudrant chacune d'elle d'une pincée de bromure de camphre. On emploie habituellement 10 grammes de chacun des deux médicaments. L'appareil étant ainsi prêt à fonctionner, on introduit l'embout en os entre les dents de l'enfant et, en exerçant une pression sur le ballon d'oxygène, on fait pénétrer dans les voies respiratoires le gaz chargé de vapeurs médicamenteuses. On répète les inhalations quatre fois par jour en employant chaque fois douze litres d'oxygène. Il suffit de recharger le saturateur tous les quatre ou cinq jours seulement.

D'après les observations prises, les quintes de toux, dans l'espace de deux à trois jours, auraient constamment diminué de 60 p. 100 au minimum.

Essences. — Dans une récente épidémie observée à Blida, M. Tournier aurait obtenu dans le traitement de la coqueluche d'excellents effets en faisant inhaler à ses malades le mélange suivant :

Glycérine	10 gr.
Créosote	5 »
Essence de thérébenthine	4 »
— d'eucalyptus	3 »
— de girofle	1 »

On verse au centre d'un masque, qui peut être analogue à ceux employés pour la chloroformisation, quelques

gouttes de cette mixture et on l'approche du visage du petit malade. Le premier résultat est une quinte de toux qui fait retirer l'appareil ; quand elle est terminée, on le rapproche à nouveau, quitte à provoquer une nouvelle quinte de moins en moins forte, et on finit par maintenir et fixer le masque en faisant plusieurs séances.

On constate que les quintes s'espacent rapidement : il semble que la sensibilité à la toux s'est trouvée tout à coup épuisée par ces premières inhalations suivies de quintes, et que les causes minimales, même non connues qui les produisaient, sont incapables maintenant de les provoquer.

Formol. — M. de Lamallerée (de Varennes) emploie dans le traitement de la coqueluche les inhalations de vapeurs formiques. Il fait évaporer sur une lampe à alcool une pastille paraformique toutes les heures, dans la chambre où se trouve le malade. Sous l'influence de cette modification, les vomissements cesseraient dans les 24 à 72 heures, de même que les quintes de toux ; ces dernières étant au début du traitement de 18 à 37 par 24 heures, tomberaient à 2 ou 3 après 48 heures au plus. Quatre fois seulement elles auraient persisté, variant entre 5 et 6 après ce laps de temps, et deux fois le traitement n'a rien donné.

Sur 22 cas, M. de Lamallerée compterait 2 succès complets, 4 résultats tardifs et 18 guérisons en 8 jours, convalescence comprise.

Mais, pour obtenir de pareils avantages, il faut prendre le malade dans les 8 à 10 premiers jours de la coqueluche déclarée, l'astreindre à la réclusion rigoureuse, à la chambre bien fermée, à la température constante de 18 à 20°, en laissant l'enfant libre de jouer à son aise.

Le formol a l'inconvénient d'être un peu irritant et de pro-

duire un peu de cuisson de la muqueuse pituitaire et conjonctivale.

Iodure d'éthyle.— Sur le conseil de M. Bardet, j'ai utilisé l'iodure d'éthyle pour obtenir l'atténuation et la disparition des quintes de cette autre maladie spasmodique, la coqueluche. En ces circonstances, le plus simple est d'avoir quelques grammes d'iodure d'éthyle dans un flacon à large ouverture, qu'on place sous le nez du patient, afin qu'au moment de la reprise, il soit inhalé des vapeurs du médicament. Dans 2 cas de coqueluche observés sur un petit garçon de deux ans et demi et sur un nourrisson de six mois de la même famille, l'iodure d'éthyle fut si efficace que, dès le deuxième accès, s'observa une diminution dans la fréquence et l'intensité des quintes ; les accès eux-mêmes devinrent moins nombreux, et les sécrétions bronchiques, rendues plus fluides, furent facilement projetées hors de la bouche du nourrisson.

Le résultat immédiat se montra des plus saisissants ; il sembla, il est vrai, s'atténuer dans la suite ; néanmoins la maladie en fut si favorablement influencée, qu'elle tourna court au point de huit jours après, on ne comptait plus que 6 accès bénins dans les vingt-quatre heures, au lieu des 36 et 40 constatés au début du traitement.

L'iodure d'éthyle a été employé depuis dans une quinzaine de cas à ma connaissance, et tous les médecins qui y ont eu recours ont été unanimes à déclarer que son action est manifeste pendant huit à dix jours, temps suffisant pour amener un soulagement qui se maintient dans l'état du malade.

Pyridine et bromure. — M. Mya fait verser deux fois par jour 4 à 5 grammes de pyridine sur une soucoupe qu'on

place au pied du lit du patient. En même temps, il prescrit un mélange de bromure de potassium, de strontium et d'ammonium, à la dose quotidienne de 1 à 3 grammes pour les enfants âgés de moins de trois ans, et de 4 grammes pour ceux qui ont dépassé cet âge.

Sublimé corrosif. — Le bichlorure de mercure employé d'abord par Raubitscheck, puis par Rosco, puis par Hochstetten en 1895, paraissait abandonné dans le traitement de la coqueluche lorsque, récemment, M. Calabro est venu signaler qu'il lui était redevable de nombreux succès dans 56 cas où il l'avait employé. Il se borne à badigeonner la gorge de ses malades, une à trois fois par jour suivant la gravité des cas, avec une solution de sublimé à 1 p. 2000. Dans les 56 cas ci-dessus, M. Calabro n'aurait obtenu que des succès : 39 malades furent guéris après un seul badigeonnage quotidien ; 17, plus sérieusement atteints, reçurent deux ou trois badigeonnages par jour, simultanément traités, il est vrai, avec les remèdes utilisés ordinairement en pareille circonstance. Chez tous, la guérison serait survenue au bout de périodes variant de dix jours à un mois.

Dionine. — M. Gottschalk aurait employé avec succès la dionine. Dans la majorité des 52 cas observés par ce médecin, la durée et l'intensité des quintes de toux furent bien moindres, sans que la durée de la maladie fût toutefois écourtée. Voici à quelles doses M. Gottschalk prescrit la dionine. Pour les enfants âgés d'un an, 1/2 milligramme toutes les trois heures. Pour les enfants dans leur deuxième année, 1 milligramme ; 2 milligrammes dans la troisième et quatrième année ; 5 milligrammes de cinq à huit ans. L'administration de ce médicament doit être attentivement surveillée.

Aristochine. — Ether carbonique de la diquinine, l'aristochine est une poudre blanche insipide, contenant 96,1 p. 100 de quinine, facilement soluble dans l'acide chlorhydrique dilué. Elle a été employée par M. Stursberg tout récemment dans le traitement de 18 coquelucheux, âgés de 5 mois à 6 ans. Six d'entre eux ne purent être suivis jusqu'à guérison. Les doses d'aristochine employées ont été de 0 gr. 15 à 0 gr. 10, trois fois par jour pour les enfants de moins d'un an ; 0 gr. 30 trois fois par jour pour les enfants plus âgés. La poudre est bien acceptée dans un peu d'eau et ne provoque ni vomissements, ni troubles d'aucune sorte. Dans la moitié des cas, l'effet thérapeutique a été peu marqué ; dans les autres, au contraire, une amélioration rapide aurait été obtenue.

M. Sturberg est d'avis que ses essais, encore insuffisants pour asseoir un jugement définitif, doivent inciter à étudier ce produit nouveau et à étendre le champ de son expérimentation.

Bains d'air comprimé. — MM. Ch. Rocaz et Delmas se seraient bien trouvés de ces bains qui diminueraient la longueur de la maladie et l'intensité des quintes ; ils n'ont observé aucun accident.

La propulsion de la mâchoire inférieure en bas et en avant est recommandée pour l'atténuation des quintes.

M. Kilmer (de New-York), conseille aussi la *compression de l'abdomen et du thorax*, au moyen d'un bandage de corps, auquel on fixerait une bande élastique ne recouvrant que l'abdomen.

Nos lecteurs pourront juger par ces médications nombreuses que notre thérapeutique doit être préférée, parce qu'elle est scientifique ; elle repose sur des bases positives ;

ses succès sont nombreux et quotidiens ; les indications de nos principaux médicaments sont tellement certaines que nous n'avons pas à hésiter entre eux et que nous pouvons les administrer avec une certitude presque mathématique.

D^r MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

NANISME ANCESTRAL ET FAMILIAL

M. Poncet, auteur de cette communication (séance du 20 octobre) distingue avec raison deux espèces de nanisme : un tout à fait physiologiste, familial et héréditaire ; un autre pathologique dû au rachitisme, à une insuffisance de la glande thyroïde et analogues. Les premiers nains jouissent de toutes leurs facultés intellectuelles et physiques et ne diffèrent des autres hommes que par leur petite taille, la grosseur de leur tête et la brièveté proportionnelle de leurs membres. Chez eux l'ossification des cartilages est complète.

Les nains de la seconde catégorie sont plus ou moins difformes, incomplets au physique et au moral et habituellement incapables de se reproduire. Les cartilages d'ossification restent à l'état de cartilages.

Nous voudrions borner là notre compte-rendu. Mais M. Poncet a saisi cette occasion de développer des opinions évolutionnistes, qui, je dois le dire, reposent sur une con-

naissance très insuffisante de l'histoire de l'homme quaternaire.

Au dire de M. Poncet, la race des pygmées était nombreuse aux temps préhistoriques, et « ces nains seraient l'avant-garde de la variété actuelle du genre humain, de même que chez les animaux les espèces de grande taille proviennent des petits. » (page 182). Comme les éléphants proviennent des mastodontes et l'ours actuel de l'ours des cavernes !

Sérieusement nous rappelons à M. Poncet que le premier homme quaternaire appartient à la race de Canstadt dont la taille, il est vrai, n'était que de 1 m. 70 à 1 m. 73. Par contre, la race de Cro-Magnon, qui lui a succédé, était de très grande taille, 1 m. 82 chez l'homme et 1 m. 66 chez la femme, enfin, contrairement à l'opinion fantaisiste de M. Poncet, la race du Fur-Fooz, qui succède chronologiquement à celle de Cro-Magnon, était beaucoup plus petite que cette dernière.

TROIS NÈGRES DU CONGO ATTEINTS DE LA MALADIE DU SOMMEIL

Le Dr Emile Brempt, élève de M. Blanchard, a eu l'heureuse chance d'amener à Paris trois nègres atteints de la maladie du sommeil. Ces trois malades sont hospitalisés à l'hôpital de l'Association des Dames Françaises, 93, rue Michel-Ange. Cette circonstance permettra de tracer l'histoire pathologique d'une maladie encore très mal connue des médecins français.

Dans sa communication M. Blanchard s'est borné presque uniquement à démontrer que la maladie du sommeil était due à des trypanosomes propagés par la piqure d'une mouche appelée glossina, analogue à la mouche tsé-tsé. Ces parasites se rencontrent presque constamment dans le li-

quide céphalo-rachidien, elle serait inoculable aux souris, aux rats, aux cobayes, aux singes. (Séance du 20 octobre.)

DE L'ANALGÉSIE LOCALISÉE PAR LA COCAÏNE. INCISION DU
PANARIS, par RECLUS.

La valeur de l'anesthésie locale par la cocaïne a été fortement contestée, et cette méthode est accusée de produire un état lipothymique qui, dans quelques cas, a entraîné la mort du malade. M. Paul Reclus, dans la séance du 10 février, a fait une communication à l'Académie dans le but de remettre en honneur l'usage de la cocaïne, dans tous les cas où l'anesthésie locale est possible.

M. Reclus attribue les accidents causés par l'application locale de la cocaïne à une mauvaise technique et voici celle qu'il propose pour l'opération du panaris.

Le premier principe est de ne pas faire pénétrer l'aiguille dans le tissu enflammé. A la base du doigt, dans les tissus normaux, on fait entrer l'aiguille sous la peau, l'on pousse immédiatement le piston pour que la cocaïne, répandue dans le tissu cellulaire, arrête la douleur de la piqûre. On pousse lentement, en faisant cheminer l'aiguille sous la peau et l'on parcourt ainsi le quart environ de la circonférence du doigt. Le liquide injecté soulève la peau qui blanchit. On enfonce alors l'aiguille à l'extrémité de ce premier quart, et la piqûre ne se sent pas parce que la peau est déjà analgésiée. On pousse ainsi une seringue de la solution pour anesthésier un deuxième quart, puis on passe au troisième et au quatrième, et c'est ainsi qu'on a créé, à la base du doigt, une sorte de bague analgésique qui interrompt la sensibilité.

La solution doit être préparée à 1 ou 1/2 %, et la dose totale de cocaïne employée est seulement de 6 à 7 centi-

grammes. Il est essentiel que le malade reste couché, et on ne lui permettra de se lever que quand il aura bu ou mangé.

L'anesthésie ainsi produite est complète, et permet au chirurgien d'ouvrir les abcès, de curetter les parties enflammées, d'opérer, en un mot, comme sur le cadavre.

M. Paul Reclus a été fortement combattu par MM. Gahippe, Laborde, Duplay et Lucas-Championnière. Ces chirurgiens considèrent la cocaïne comme un anesthésique dangereux. M. Reclus a répondu que les accidents étaient dus à un emploi désordonné de la cocaïne, qu'on avait administrée à 60, 80 et même 300 centigrammes ; tandis que la dose suffisante, et qui ne doit pas être dépassée, est de 20 centigrammes, et que la solution doit être à 1/2 ou à 1 %.

Les dentistes surtout ont été accusés d'un grand nombre de méfaits causés par la cocaïne. Cette accusation est juste ; ajoutons cependant que nous connaissons des dentistes qui emploient cet anesthésique avec les précautions indiquées par M. Reclus, et qui n'ont jamais d'accident.

LA MALADIE DE PAGET ET LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE,
par LANNELONGUE et FOURNIER.

Dans la séance du 3 mars, le professeur Lannelongue a présenté à l'Académie une série de considérations, desquelles il s'est cru autorisé à conclure que l'ostéite déformante de Paget n'était autre qu'une manifestation tardive de syphilis héréditaire.

Dans la séance du 31 mars, le professeur Fournier, avec sa haute compétence, a repris l'examen de cette question.

Dans une première partie, il constate la similitude des symptômes entre l'ostéite syphilitique héréditaire des adolescents, et cette même maladie chez les vieillards.

L'ostéite syphilitique des adolescents présente les cinq caractères suivants :

1° Ostéopathie à prédilection par les os longs et tout particulièrement pour le tibia, qui, à lui seul, est affecté plus souvent que tous les autres os.

2° Ostéopathie très généralement multiple.

3° Ostéopathie ayant pour prélude habituel un stade de douleur plus ou moins vive.

4° Ostéopathie volumineuse constituée par de véritables hyperostoses, pouvant affecter tout un segment d'os.

5° Ostéopathie déformante par excellence, modifiant la direction générale de l'os. Cette déformation est surtout remarquable sur le tibia incurvé selon son plan antéro-postérieur, aplati sur ses faces, déformation que Lannelongue propose d'appeler en fourreau de sabre, et que très gracieusement Fournier appelle : « tibia Lannelongue ».

L'ostéite déformante de Paget présente absolument les mêmes caractères : même prédilection pour le tibia, même multiplicité de lésions, même stade douloureux prémonitoire, enfin même type de déformation tibiale.

Le professeur Fournier serait porté à conclure de l'analogie des symptômes à l'identité de nature, et c'est obéissant à ce que nous appellerons un scrupule de pathologiste, qu'il hésite dans sa conclusion, qu'il pose un desideratum pour la solution du problème, c'est l'absence d'observations dans lesquelles l'ostéite déformante de Paget se rattacherait incontestablement à des antécédents d'hérédosyphilis.

Cependant le professeur Fournier a une observation qui semble tout à fait probante : deux frères lui ont été présentés ; l'un âgé de 39 ans, est porteur d'une hyperostose considérable du tibia et d'une analogue à la clavicule ; ces

deux hyperostoses ont tous les caractères de l'ostéite syphilitique héréditaire. Or, le frère aîné, âgé de 52 ans, offre un type accompli de la maladie de Paget. De plus ces deux sujets sont de petite taille, incomplètement développés, grêles, ratatinés, et atrophiés de toute leur personne. Deux sœurs vivantes, ne portant aucune lésion osseuse, sont également très petites et mal développées. Enfin, deux autres frères sont morts jeunes. Comme antécédents ancestraux, le père est mort jeune d'une maladie du cerveau non déterminée.

Ces deux affections osseuses si ressemblantes chez les deux frères, l'atrophie et l'arrêt de développement ayant frappé les membres de cette famille sont une preuve de la nature syphilitique de l'affection osseuse présentée par les deux frères.

Nous croyons donc être autorisés à conclure que la maladie de Paget n'est qu'une affection hérédo-syphilitique très tardive.

Deux objections ont été faites à cette opinion : la première, c'est que la syphilis héréditaire, faisant sa première invasion à l'âge de 50 à 60 ans, n'est qu'un roman. A cette objection, le professeur Fournier répond que la clinique enseigne que la syphilis héréditaire tardive peut évoluer à tout âge, même dans la vieillesse. C'est là un fait acquis sur lequel il est inutile d'insister. La seconde objection s'appuie sur l'impuissance absolue, dans la maladie de Paget, du traitement classique de la syphilis.

Je trouve que les réponses à cette objection, faites par le professeur Lannelongue et Fournier, ne sont pas très convaincantes. Il ne s'agit pas ici, en effet, comme dans l'ataxie locomotrice ou dans la paralysie générale, d'une lésion confirmée et définitive, c'est une lésion en évolution. Seu-

lement elle n'est modifiée ni par le mercure, ni par l'iodure de potassium. Nous disons que ce n'est pas là un argument contre la nature syphilitique de l'ostéite de Paget, pas plus qu'avant l'introduction de l'iodure de potassium dans la thérapeutique contre la syphilis, l'impuissance reconnue du mercure dans le traitement des accidents tertiaires, n'était un argument contre la nature syphilitique de ces accidents. Les ostéites tardives de la syphilis héréditaire résistent à l'iodure de potassium, cela ne prouve rien contre la nature syphilitique de ces lésions, mais c'est une raison suffisante pour chercher un autre médicament, qui complète l'iodure de potassium, comme celui-ci a complété le mercure. Quelques expériences, encore bien incomplètes, nous portent à croire qu'on trouverait dans l'argent ou dans l'or des médicaments capables de modifier ces ostéites.

COUP DE FEU DE LA RÉGION ROLANDIQUE. APHASIE. HÉMIPLÉGIE DROITE. — RÉÉDUCATION MOTRICE, par le D^r NIMIER.

Le rapport de M. Chauvel (séance du 21 juillet), nous intéresse surtout en un point. C'est que le professeur Nimier, guidé par l'idée de faire suppléer à la destruction de la zone rolandique gauche, par la zone rolandique droite, a pu, grâce à des exercices patiemment répétés, faire d'abord nommer des lettres, puis des mots simples, et rendre enfin à son malade la faculté de parler, au moins pour ce qui a trait aux conversations familiales.

PHLEGMATIA ALBA DOLENS DES TYPHIQUES ET LE RÉGIME HYPOCHLORHYDRIQUE, par le D^r CHANTEMESSE.

Dans la séance du 28 juillet, M. Chantemesse rappelle que dans la fièvre typhoïde grave, la quantité de chlorure de sodium contenue dans le sang est très diminuée, et

comme, d'autre part, les urines éliminent une quantité de chlorure de sodium plus faible qu'à l'état normal, il en résulte que la rétention chlorurique se fait dans les cellules des tissus. C'est à cette rétention du chlorure de sodium dans l'un des membres du typhique et à l'intoxication qui en résulte, que Chantemesse attribue la phlegmatia alba dolens, l'oblitération d'une veine ne jouant que le rôle d'une cause prédisposante.

Guidé par les travaux de M. Vidal qui ont démontré que pour les brightiques, l'œdème du tissu cellulaire était en rapport avec la quantité de sel marin absorbé par ces malades et qu'on pouvait faire diminuer et même disparaître les enflures par un régime hypochlorurique, M. Chantemesse a privé de sel alimentaire les malades atteints de phlegmatia alba dolens, et a obtenu une amélioration rapide et une guérison relativement prompte. Le même régime hypochlorurique appliqué à une femme atteinte de phlébite siégeant sur des veines variqueuses a amené la disparition rapide de tous les accidents.

Retenons que les phlébites chez les malades, dont les urines n'évacuent pas la quantité de sel normale, peuvent être avantageusement modifiées par le régime hypochlorurique.

LA SYPHILIS COMMUNIQUÉE A UN SINGE ANTHROPOÏDE
par MM. Roux et METCHNIKOFF.

Il s'agit d'un chimpanzé femelle, à laquelle on a inoculé dans le pli du prépuce clitoridien, le virus provenant d'un chancre induré âgé d'un mois. Cinq jours après, réinoculation dans la même région avec le raclage d'un chancre datant de trois jours.

Les plaies d'inoculation se sont fermées et c'est seulement le vingt-sixième jour que s'est manifestée une petite vésicule

ovale, transparente, entourée d'une zone rougeâtre : les jours suivants, la vésicule s'est transformée en ulcération enfoncée au milieu d'un trou très nettement induré. Le fond du chancre se présentait sous forme d'une plaque arrondie de couleur d'ocre, bientôt recouverte d'une fausse membrane grise. Les ganglions de l'aine ont commencé à grossir quelques jours après le développement du chancre, présentant tous les caractères de la pléiade de Ricord.

Remarquons que c'est l'inoculation pratiquée avec le chancre vieux d'un mois, qui a été fertile. Cette lésion, examinée par Fournier et du Castel, a été reconnue comme présentant les caractères indéniables du chancre syphilitique.

Cette expérience positive, venant après tant d'insuccès, démontre l'influence de l'espèce animale sur les prédispositions morbides. Les singes d'espèce inférieure possèdent, comme tous les autres animaux, une immunité complète vis-à-vis de la syphilis. Le chimpanzé et peut-être le gorille, doués d'une organisation supérieure, paraissent aptes à contracter la syphilis. Ce serait un privilège qui leur serait commun avec l'homme. Malheureusement, la mort de la jeune chimpanzé est venue interrompre l'expérience, et nous ne pouvons savoir si la syphilis aurait évolué chez elle comme dans l'espèce humaine. L'expérience est donc à recommencer ; si elle réussit, peut-être trouvera-t-on un sérum antisypilitique.

Les évolutionnistes ne manqueront pas de saisir cette communauté de prédisposition morbide entre le chimpanzé et l'homme, comme un argument en faveur de leur théorie. Je préférerais comme preuve la démonstration de l'existence d'idées générales chez le chimpanzé, démonstration qui sera faite le jour où on lui apprendra à parler.

Dr, P. JOUSSET.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

SUR L'ARTÉRIO-SCLÉROSE

(Communication du D^r GRUBERMANN à la Réunion des médecins sud-allemands et suisses, 28 sept 1902.)

Au point de vue anatomo-pathologique l'artério-sclérose n'est pas toujours une maladie diffuse des artères. Elle commence par foyers isolés souvent, comme l'endartérite déformante ou noueuse, et au début de la formation de ces foyers, les deux maladies se confondent, car dans l'une la première origine est dans la maladie des vaso-moteurs qui s'oblitérent et amènent la nécrobiose des parois artérielles, et dans l'autre la cause est profonde. Quel qu'en soit le début, l'artério-sclérose, par sa propagation, conduit au rétrécissement et à la rigidité des vaisseaux avec hypertension à laquelle le cœur s'adapte par hypertrophie. L'artério-sclérose ne se limite pas aux vaisseaux périphériques gros et petits, mais le plus souvent le cœur se prend de bonne heure et arrive à la dégénérescence du muscle ; l'hypertrophie est limitée, et bientôt la compensation ne se fait plus. Le plus souvent dans l'artério-sclérose il y a une sorte d'involution sénile, et, quand elle existe chez les sujets jeunes, elle est due à une intoxication par l'alcool, la syphilis, la tuberculose ou le rhumatisme articulaire. Grubenmann y voit aussi un effet de l'insomnie prolongée, le diabète, l'obésité, l'hérédité.

Symptomatologie. — Pour la localisation, il faut distinguer la sclérose du cœur, du cerveau, des reins, du foie et

(rarement) celle des poumons. La myocardite chronique et l'artério-sclérose sont souvent combinées.

Au premier temps de la maladie elle affecte des formes variées qui peuvent la faire confondre avec la neurasthénie. La pression artérielle est élevée, la pointe du cœur bat souvent à gauche de la ligne mamillaire. Le second bruit aortique est renforcé, sonore. Les douleurs dans l'omoplate gauche ne sont pas rares dans l'artério-sclérose, non plus que le vertige et la céphalalgie habituelle. Une forme banale est l'anémique, dans laquelle un élément toxique ou infectieux peut jouer un rôle prépondérant. L'angine de poitrine ou les symptômes de l'insuffisance cardiaque peuvent appartenir au cadre de l'artério-sclérose.

Traitement : L'alcool, le tabac, le thé, le café, sont naturellement proscrits. Les cures d'amaigrissement sont interdites. Il faut faire la gymnastique de chambre sans excès, éviter la bicyclette. Les stations de bains : Baden-Baden surtout, puis Nauheim, Tarasp, sont indiquées. Il faut éviter les bains de vapeur.

Les principaux médicaments sont :

Aconit, qui s'adresse à l'angoisse avec peur de la mort, les fourmillements, chaleur générale, surtout à la face, grande lassitude des membres.

Aurum : Accès fréquents d'angoisse précordiale, battements du cœur par la marche ; pouls petit, fréquent, oppression, grand abattement. Les médicaments d'action plus rapide sont : *Aurum muriat.*, *Aurum arsenicos.*, *Aurum iodat.*

Nitrite d'Amyle.

Baryta iodata : Pouls faible, manquant parfois ; ralenti bouillonnement du sang avec angoisse.

Camphre monobromé : Pression sanguine au cerveau, agitation nerveuse notable.

Cratægus, Cactus, Digitalis.

Glonoin. : Médicament intercalaire fréquent pour empêcher l'accoutumance à *Aurum*. Congestion alternant du cœur à la tête. Oppression. Douleurs cardiaques aiguës. Cœur très irritable.

Hamamelis : Serrement de la poitrine ; congestion des poumons, toux irritante, sensation de compression pectorale. Douleurs cardiaques.

Kalmia latif. : Compression avec besoin de respirer vite ; douleur subite au cœur rayonnant jusqu'à l'omoplate et le bras gauche. Palpitations ; pouls petit, ralenti.

Merc. biiodat. : Douleur qui frappe dans la moitié droite de l'occiput, douleur vive, lancinante dans la poitrine, et la région du cœur.

Tabacum : Palpitations par accès nocturnes ; pouls faible, irrégulier. Angoisse précordiale subite. Battements violents du cœur, quand on est couché sur le côté gauche.

Phosphore : Compression et angoisse, surtout le soir. Sensation de bien-être dans la poitrine. Palpitations au moindre effort. Pression sous le sternum, battements du cœur. Pouls accéléré, plein, dur, parfois dicrote. Aggravation le soir et la nuit.

Acide phosphorique.

Plumbum : Congestion vers la tête, avec chaleur pulsative, Angoisse, sensation de pression par le mouvement. Pouls habituel lent et faible.

Strontium iod., Strophantus, Sulfur.

Dans la discussion sur le traitement, on a préconisé l'usage du petit-lait. *Aurum muriat.*, paraît au Dr Fries un médicament de premier ordre ; dans les douleurs du front et

des tempes, il y ajoute Naja tripud. Acide oxalique quand la forme du mal est le rhumatisme. Les médicaments généraux de la goutte trouvent dans l'artério-sclérose leur indication étiologique.

Le D^r Kirn a usé avec succès de Kali carb. 30^e quand les indications s'en présentaient.

Le D^r Mende recommande l'urotropine, 0,5 par jour, et les eaux de Salso-Maggiore (Italie).

Le D^r Schwartz recommande la gymnastique du cœur exécutée sous la direction du médecin.

Le D^r Nebel attire l'attention sur la coïncidence de l'artério-sclérose et des dermatites chroniques.

Le D^r Scheidegger emploie, depuis quelques années, contre l'artério-sclérose le Tartarus iod. dans les indications suivantes : grande angoisse précordiale, pression sur la poitrine, bouffées de chaleur, toux sèche forçant le malade à se relever surtout sur le côté droit. Pouls très dur et accéléré.

(*Allegem. homoop. Zeitung.* sept. 1903.)

D^r P. PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

GLYCOSURIE ET HYPOPHYSE

Trois symptômes peuvent accompagner les lésions de l'hypophyse : l'acromégalie, le gigantisme et le diabète ; c'est du rapport de cette dernière affection avec les tumeurs de la glande pituitaire que traite l'article de MM. Lanois et Roy.

La diabète, pas plus que l'acromégalie et surtout le gigantisme, n'accompagne constamment les tumeurs de l'hypophyse, mais néanmoins cette coïncidence est assez fréquente pour qu'il soit nécessaire d'en tenir compte :

Au point de vue nosographique, l'histoire du diabète démontre de plus en plus la relation de ce *syndrome* (car nous ne pouvons plus l'appeler une *maladie*) , avec des lésions bien diverses : fois, pancréas, centre nerveux et hypophyse ; et, devant un cas de glycosurie, le problème qui se pose tout d'abord est de rechercher à quelle lésion on doit rattacher ces symptômes. Est-ce un diabète hépatique, pancréatique, nerveux ou hypophysaire ? Combien nous sommes loin du diabète gras et du diabète maigre !

Au point de vue thérapeutique, la question n'est pas moins importante, si on veut bien se rappeler les succès du liquide hépatique et surtout du liquide pancréatique dans le traitement du diabète.

Peut-on espérer quelque chose du liquide hypophysaire dans le traitement de la glycosurie qui se rattache aux lésions du corps pituitaire ? C'est à essayer.

MM. Lanois et Roy ont établi leur thèse sur 16 observations de diabète avec lésions de l'hypophyse démontrées par l'autopsie. Ces lésions sont diverses : hypertrophie, cancer, kyste ou dégénérescence indéterminée formant tumeur avec déformation de la selle turcique et compression évidente du cerveau dans le voisinage du *tuber cinereum*.

Plusieurs explications ont été données pour expliquer le développement du diabète à la suite de la lésion du corps pituitaire. On a d'abord invoqué la coïncidence d'une lésion du pancréas, mais c'est là un fait très exceptionnel. L'explication empruntée à l'*hypo* ou à l'*hyperfonctionnement* de la glande n'a point été démontrée et l'hypothèse qui semble

la plus probable est celle de la compression du cerveau, au voisinage du *tuber cinereum*. (*Archives générales de médecine* 1903.)

TECHNIQUE DES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

Nous trouvons dans le numéro de mai 1903 des *Archives de médecine*, la description d'une technique pour les injections intra-veineuses. Nous la faisons connaître à nos lecteurs en leur rappelant que ce mode d'administration des médicaments peut, pour la moindre négligence, entraîner des accidents graves et même la mort du malade. C'est donc dire que les injections intra-veineuses doivent être réservées pour un très petit nombre de cas. Nous ne comprenons pas par exemple qu'on injecte le collargol dans les veines, quand on sait que l'action de ce médicament est plus énergique par la voie stomacale que par la voie vasculaire, et nous n'admettons guère l'injection de sérum physiologique dans les veines, quand ce sérum agit si énergiquement, si on l'injecte dans le tissu cellulaire. Cependant comme dans certaines circonstances l'injection intra-veineuse garde une véritable supériorité, soit parce que le danger est pressant, soit parce que certaines substances (comme l'adrénaline, par exemple) ont une action très différente suivant la voie d'introduction, nous trouvons utile de faire connaître la technique des injections intra-veineuses.

Après avoir choisi une veine saillante et suffisamment volumineuse, habituellement la médiane céphalique, on lave avec toutes les précautions de l'asepsie chirurgicale la région à opérer. La seringue et l'aiguille étant de même stérilisées, on charge cette seringue du liquide à injecter et on la purge ainsi exactement que possible de la moindre bulle

d'air. A ce moment on place une bande comme pour la saignée, puis avec le pouce de la main gauche, on immobilise la peau et la veine distendues par l'action de la bande. On introduit alors l'aiguille sous un angle de 40 à 45° dans l'axe de la veine, on la fait pénétrer lentement sans à-coup ni brusquerie. Si on l'introduisait d'un coup sec et rapide, on aurait toutes les chances pour glisser à côté de la veine ou la transpercer. On s'assure alors que l'aiguille est bien dans la limite du vaisseau en faisant une légère aspiration qui, quand l'aiguille est bien placée, amènera du sang dans la seringue.

A ce moment la seringue étant bien maintenue, on détache la bande qui comprimait la veine, celle-ci s'affaisse, mais si l'opérateur a bien maintenu la seringue, l'aiguille reste en bonne place. Il faut alors pousser très doucement l'injection et le liquide est introduit lentement dans le courant sanguin. On applique ensuite un tampon d'ouate imbibée de sublimé au 1/1000 et on panse comme pour la saignée.

L'USAGE DU POISSON CHEZ LES ALBUMINURIQUES

(*Semaine Médicale*, 9 septembre.)

« Appelés à donner leurs soins à un albuminurique, qui se nourrissait chaque jour avec 3 ou 4 litres de lait et cinq ou six soles, MM. les docteurs G. Daremberg et F. Moriez (de Cannes) ne furent pas peu surpris de voir la quantité d'albumine éliminée en vingt-quatre heures doubler dès que le malade eut, sur leur conseil, remplacé le poisson par du poulet et des cervelles. En présence de ce fait, nos confrères se sont demandé si, contrairement aux recommandations classiques, il ne conviendrait pas de pres-

crir aux albuminuriques l'usage du poisson. Les essais cliniques qu'ils ont institués à cet égard sont venus pleinement confirmer cette manière de voir, en montrant que l'usage du poisson très frais, pris deux ou trois fois par semaine au repas du midi, fait complètement disparaître l'albuminurie ou, tout au moins, diminue, dans une mesure considérable, la quantité d'albumine éliminée en vingt-quatre heures.

Cette *cure de poisson* serait particulièrement indiquée toutes les fois que l'on a affaire à une albuminurie minima inconstante, ne donnant jamais plus de 0 gr. 50 centigr. d'albumine en vingt-quatre heures, et consécutive à une maladie infectieuse, telle que la scarlatine, la syphilis, la dysenterie épidémique, les oreillons, etc., etc. En pareille occurrence, il conviendrait de recourir, pendant trois ou quatre semaines, à l'usage du poisson très frais, et cela d'autant plus que le régime mixte ordinaire ne suffit pas toujours à faire disparaître l'albumine. »

Le poisson a toujours été banni du régime des albuminuriques parce qu'il contient une grande quantité de toxines. Si la pratique nous enseigne le contraire, nous serons heureux de pouvoir élargir le régime de ces malades, mais nous laissons la responsabilité de cette indication à MM. Daremberg et Moriez.

LE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE, SON MODE D'ACTION ET LES LIMITES DE SON ACTIVITÉ DANS LES STÉNOSES LARYNGÉES EXIGEANT UNE INTERVENTION OPÉRATOIRE, par M. E. WIELAND. (*Semaine Médicale*, 29 juillet 1903).

« L'auteur du présent mémoire — basé sur les observa-

tions de diphtérie recueillies à la clinique pédiatrique de M. le professeur Hagenbach-Burckhardt, à Bâle — se propose de résoudre les quatre questions suivantes : 1° Peut-on démontrer d'une façon objective l'efficacité du sérum antidiphtérique chez l'homme ? 2° Dans quelles conditions ce sérum permet-il d'obtenir la guérison ? 3° Quel est le mode d'action du sérum antidiphtérique ? 4° Comment peut-on interpréter les succès qui se produisent malgré l'application précoce de la sérothérapie ?

Chacun de ces points fait l'objet d'un chapitre spécial, l'étude des deux premiers étant surtout statistique, tandis que les deux derniers sont envisagés à la lumière des données cliniques et anatomiques. »

« En ce qui concerne l'efficacité du sérum antidiphtérique, M. Wieland a pu établir que, depuis l'avènement de la sérothérapie, la proportion des guérisons observées à la clinique de Bâle a atteint des chiffres qui n'avaient jamais été enregistrés auparavant. L'auteur insiste, du reste, sur ce fait que le nombre plus élevé des guérisons ne saurait être attribué à une gravité moindre du mal, puisqu'il a eu soin de ne tenir compte que des cas de croup assez graves pour avoir nécessité une intervention opératoire.

« Le sérum antidiphtérique se montre, d'ailleurs, d'autant plus efficace que le traitement est plus précoce. Toutefois, le pronostic de chaque cas particulier ne dépend pas seulement de la durée de la maladie, mais encore de l'intensité de l'infection générale, laquelle est déterminée par la virulence de l'agent pathogène, ainsi que par le degré de réceptivité du patient. Les meilleurs résultats sont obtenus dans les formes à évolution lente, qui, avant l'avènement du traitement anti-

toxique, aboutissaient généralement au croup descendant et à la mort par asphyxie. Dans les cas de cette espèce on peut la mort par asphyxie. Dans les cas de cette espèce on peut compter sur la guérison, alors même qu'on intervient longtemps après le début de la maladie. La sérothérapie offre d'autant moins de chances de succès que l'évolution du processus est plus rapide et que les phénomènes d'intoxication sont plus accentués (gravité de l'épidémie, virulente particulière du bacille ou réceptivité individuelle exagérée). Dans les formes à marche suraiguë, le traitement sérothérapique, pour se montrer efficace, doit être institué d'une manière très précoce, aussitôt après l'apparition des premiers symptômes, ce qui ne peut guère être réalisé qu'en cas d'infection intra-hospitalière. Aussi, dans la pratique courante, les injections de sérum, mêmes précoces, échouent-elles en pareille occurrence.....

« Comme conclusion générale, M. Wieland, tout en attribuant une grande valeur thérapeutique au sérum antidiphtérique, se refuse cependant à voir dans cet agent un moyen absolument sûr de guérison de tous les cas de diphtérie. Par contre, il estime que le sérum antidiphtérique possède un pouvoir prophylactique très réel, tout au moins pour une courte période (trois semaines). Aussi est-il d'avis que, afin d'éviter de nombreux insuccès dans l'emploi de la sérothérapie — insuccès auxquels on doit s'attendre pour peu qu'il s'agisse d'une épidémie grave — il conviendrait d'utiliser largement l'immunisation préventive des sujets bien portants, mais menacés par l'infection (entourage du malade, etc.) (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LVII, 5.) — L. CH. »

DES RÉMISSIONS SPONTANÉES AU COURS DE LA PARALYSIE
GÉNÉRALE TABÉTIQUE (*Congrès de Bruxelles, 12 janvier.*)

« M. PIERRET. — Il existe entre la paralysie générale des tabétiques et la paralysie générale vulgaire d'assez grandes différences au point de vue clinique. Baillarger avait déjà remarqué que, en pareille occurrence, tous les signes de démence paralytique pouvaient disparaître pour faire place à un état voisin de l'état normal. Rien n'est plus vrai : comme paralysie générale alcoolique, la paralysie générale des tabétiques a des tendances régressives. Son évolution est coupée d'arrêts brusques, de rémissions telles que les malades sortent guéris des asiles après y être entrés comme atteints de méningo-encéphalite diffuse, de paralysie générale, de démence paralytique.

Ils peuvent être internés à nouveau et présenter une seconde fois la même série d'accidents, sans que le pronostic en soit notablement assombri. Ils peuvent guérir une ou plusieurs fois pour retomber ensuite, sous l'influence de causes qui ne sont pas toujours spécifiques. Ils peuvent même guérir définitivement, non de leur tabes, mais de ces troubles intellectuels que j'appellerais volontiers des « démences paralytiques transitoires », si le mot démence n'était pas réservé pour désigner une affection irrémédiable.

C'est là un fait de la plus grande importance, car il caractérise la paralysie générale tabétique et la rapproche des paralysies générales toxiques, notamment de celle qui est d'origine alcoolique. »

Nous avons plusieurs fois observé des cas de paralysie

générale et d'ataxie locomotrice présentant des rémissions complètes et des guérisons pendant plusieurs années. Il faut connaître ces faits au point de vue du pronostic et de la thérapeutique.

L'ALBUMINURIE ET L'ADMISSION DANS LA MARINE NÉERLANDAISE,
par M. A. W. PULLE. (*Semaine Médicale*, 26 août.)

« Dans cette note, M. Pulle, médecin de la marine néerlandaise, expose les constatations qu'il a pu faire, en ce qui concerne l'albuminurie, chez 6.308 individus qui voulaient prendre du service dans la marine.

Sur ce nombre, 704, soit 11.16 %, présentaient des urines albumineuses ; mais, et c'est là le point le plus important, 23 *seulement* étaient atteints d'une affection sûrement en rapport de causalité avec cette albuminurie (lésion rénale ou cardiaque) ; chez 308 autres, il existait des troubles que l'on pouvait soupçonner d'être la cause de ce phénomène (anémie, bruits anormaux du cœur) ; 234 n'avaient que des tares sans relation avec la présence d'albumine dans les urines (surdité, phimosis, etc.) ; 139 enfin paraissaient absolument normaux.

Ainsi donc, si l'on oppose les sujets des deux premières catégories à ceux des deux secondes, on voit que sur 704 cas d'albuminurie cliniquement constatée (par l'acide azotique ou l'épreuve de Correz), 373, soit 53 % en chiffres ronds, semblaient indépendants de tout état morbide. (*Militair genesk. Tijdschr.*, mai 1903.)

Nous donnons ce renseignement pour ce qu'il vaut, il manque de critique.

LE SÉRUM DE TRUNECEK COMME MOYEN DE TRAITEMENT DU RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE. (*Semaine Médicale*, 15 juillet 1903.)

« Dans une des observations mentionnées par M. le D^r C. Trunecek (de Prague) au cours de son travail sur le traitement de l'artério-sclérose par les injections sous-cutanées de sérum inorganique (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 137-138), on trouve notés incidemment les bons effets que ce sérum a exercés sur des lésions articulaires chroniques. D'autre part, M. le D^r Léopold Lévi (de Paris) a eu l'occasion de constater la disparition de douleurs rhumatoïdes chez une malade à laquelle on avait, dans un but expérimental (recherches sur l'acuité auditive et sur la tension artérielle), administré le sérum de Trunecek en lavements. Les injections de sérum inorganique ont également exercé une influence favorable sur les manifestations articulaires chez une autre patiente que M. Lévi a observée dans le service de M. le D^r A. Mathieu, médecin des hôpitaux de Paris, et chez laquelle les phénomènes nerveux prédominaient, il est vrai, sur l'élément rhumatismal.

« La connaissance de ces faits a conduit M. le D^r F. Alayrac à expérimenter, sur les conseils de M. le D^r Florand, médecin des hôpitaux de Paris, le sérum de Trunecek contre le rhumatisme blennorrhagique.

« A en juger d'après les quatre observations consignées par M. Alayrac dans sa thèse inaugurale, les injections de sérum inorganique, à la dose de 1 à 5 c.c., feraient rapidement disparaître les phénomènes douloureux de l'arthrite

gonococcique. L'amélioration se manifesterait parfois dès la première injection, mais le plus souvent elle ne deviendrait assez accentuée qu'après une dizaine d'injections.

« Ces faits méritent d'autant plus d'être retenus que, chez deux des malades en question, on avait auparavant essayé, sans le moindre succès, la plupart des moyens habituellement utilisés en pareille occurrence (immobilisation du membre, applications antiphlogistiques, révulsifs locaux, vésicatoires, pointes de feu, usage interne du salicylate de soude, etc.).

« M. Florand estime, d'ailleurs, que l'emploi du sérum de Trunecek serait également susceptible de trouver son application dans des arthropathies autres que le rhumatisme blennorrhagique, en particulier dans le rhumatisme chronique progressif, l'action physiologique et thérapeutique de ce sérum pouvant être rapprochée de celle de la médication iodo-iodurée et des eaux thermales chlorurées sodiques. »

Le traitement des arthrites à gonocoques est tellement peu avancé que j'ai voulu reproduire cette communication quoique je sache que le sérum inorganique ait échoué dans le traitement des bourdonnements d'oreilles.

Le Propriétaire-Gérant : P. JOUSSET.

L'ART MÉDICAL

NOVEMBRE 1903

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

LA LOI DE SIMILITUDE ET L'ACTION MÉDICAMENTEUSE

INTERPRÉTÉES D'APRÈS

LES LOIS DE PFLUGER ET DE RITTER-VALLI

« Pour la thérapeutique ration-
« nelle, la question de quantité n'a
« pas toujours l'importance qu'on
« lui attribue dans l'évaluation de
« l'effet curatif d'un médicament. »

(BUCHNER. *Neues Repertorium*,
1866, t. XV.

Il a été tellement écrit et discuté sur le principe fondamental « *Similia similibus curantur* » posé par Hahnemann, qu'il pourrait sembler oiseux de revenir sur un pareil sujet, si l'on ne s'obstinait à mettre la lumière sous le boisseau, et à combattre la vérité par des attaques de flanc incapables, cependant, de la détruire.

Assurément, la loi des semblables n'est pas un axiome mathématique. Elle comporte, comme toutes les lois en mé-

decine, ses exceptions. Tenons-la, en attendant, comme une règle supérieure d'indication thérapeutique, lorsqu'il s'agit des médicaments mis en œuvre comme le voulait le fondateur de l'homœopathie, c'est-à-dire, le plus souvent, aux plus petites doses, et apportons chaque jour, comme nous allons essayer de le faire, une pierre nouvelle à l'édifice jusqu'à ce que nous puissions le couronner.

I

L'étude des microbes et l'action prépondérante qu'on leur impute dans la genèse et l'évolution des processus morbides, ont poussé la plupart des praticiens vers une sorte de thérapeutique anatomo-pathologique. Les indéniables résultats obtenus par la méthode bactériologique dans le traitement d'un certain nombre de maladies infectieuses ont quelque peu relégué au second plan la pharmacodynamique. Celle-ci, relevant plutôt de la physiologie, est accusée de n'être qu'un trompe-l'œil prêtant aux théories spéculatives, encore que des expériences concluantes, faites au laboratoire, contrôlées et renouvelables à volonté, au même titre que les expériences bactériologiques, protestent suffisamment contre cette tendance à l'exclusivisme.

Prompts à généraliser, comme toutes les écoles scientifiques nouvelles, les fanatiques de l'action microbienne ont, à la suite de leurs succès, réveillé l'antique querelle des Guelfes et des Gibelins de la médecine. Sous une forme rajeunie, c'est la lutte, vieille de plusieurs siècles, du galénisme contre l'hippocratisme, de la thérapeutique hypothétique contre la thérapeutique positive ; elle se continue, avec des armes perfectionnées d'invention récente, à la faveur d'une équivoque. L'étiologie est, plus que jamais, le cheval

de bataille des médications classiques ; et l'amour-propre se greffant sur l'esprit sectaire, on en arrive à poser comme antagonistes des doctrines qui, nullement opposées quoique partant de points initiaux différents, convergent, cependant, vers un but commun. L'opothérapie elle-même, naguère si envahissante et si jalouse de son indépendance, a dû se replier en bon ordre devant les antitoxines, et se résigner au rôle effacé d'humble servante, *Theologiæ ancilla* ! comme on disait de la philosophie, aux temps de la scolastique.

En plus d'une occurrence, des maîtres autorisés se sont élevés contre la prétention des bacilles à vouloir, eux seuls, présider à la naissance et à la guérison des maladies. Aujourd'hui, l'enthousiasme commence à se calmer ; aussi bien, à côté des maladies dites infectieuses, il en existe quantité d'autres, infiniment plus nombreuses, d'origine non infectieuse, pour ne pas dire inconnue. Mais, volontiers encore on traiterait les protestataires de routiniers, s'ils n'apportaient à l'appui de leurs arguments, des guérisons incontestables qui tiennent, quand même, en respect les novateurs les plus déterminés.

Il ne s'agit pas, toutefois, ici, de mettre en échec la valeur des recherches bactériologiques et des contributions de premier ordre qu'elles fournissent à la science et à l'art. Néanmoins, n'est-ce pas aller un peu loin que de prendre les microbes comme unique point de repère pour la direction de la thérapeutique ? A côté des cas, heureusement très fréquents, où la nature médicatrice se charge de remettre les outrecuidants muscles à leur place, ne reste-t-il donc plus, dans le traitement des maladies, rien à faire aux agents médicamenteux proprement dits ? Souvent, au lit du malade on s'épuise en controverses stériles sur la puissance dévastatrice des microbes, et..... l'autopsie vient établir la jus-

tesse du diagnostic. Un peu de clinique aurait, peut-être, évité au patient le désagrément d'être autopsié !

C'est contre de pareils excès qu'il convient de lutter, la réaction n'ayant, au surplus, pour objet, que de spécifier la part proportionnelle qui revient à chacun des facteurs dans le produit des efforts simultanés.

...Lors d'un précédent article (1), nous avons cherché à expliquer l'action des médicaments, et à justifier l'opportunité de leur intervention. Nous nous sommes appliqué à prouver que cette action est essentiellement la même sur le malade et sur l'homme sain, quoiqu'elle détermine, finalement, chez le malade des effets diamétralement opposés à ceux qu'elle provoque chez l'homme sain (loi de similitude). Nous avons, ainsi, vérifié l'exactitude de la proposition que Claude Bernard a développée dans la cinquième de ses « *Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses* » ; et, toutes réserves faites sur la différence d'action et d'effets suivant certaines espèces animales et l'homme, nous avons, à l'appui de notre explication, invoqué la « loi des secousses » de Pflüger et son corollaire, la « loi de Ritter et Valli » qui, à elles deux, condensent remarquablement les déductions expérimentales de Claude Bernard.

Au cours de notre exposition, nous n'avons, cependant, pu que viser ces lois, sans fixer, par les commentaires qu'elles comportent, leur connexion étroite avec le fond du débat. Plusieurs de nos confrères nous ont fait l'honneur de nous demander une relation plus complète. Nous nous rendons d'autant plus volontiers à leur désir, que nous ne

(1) *La Thérapeutique positive devant l'action des médicaments* (Art Médical, mars et avril 1903).

connaissions pas un travail plus capable de démêler l'écheveau des obscurités thérapeutiques, et de confirmer, une fois de plus, la loi des semblables qui, avec l'étude indispensable de la matière médicale, constitue le fond de la doctrine de Hahnemann.

Mais, disons-le tout de suite : nous ne voudrions pas, comme le geai de la fable, nous parer des plumes du paon. Afin de ne pas trop présumer de nos forces et de ne pas affecter les allures d'une érudition pédantesque, nous avons, pour résoudre le problème, pris la liberté de nous adresser à M. le professeur Hugo Schulz. L'éminent maître de l'Université de Greifswald, avec une bienveillance dont nous ne saurions assez le remercier, s'est empressé de satisfaire notre curiosité.

II

Ce sont donc les théories basées sur l'expérimentation, du professeur Schulz, que nous transcrivons, avec tous les développements sur lesquels l'auteur a lui-même insisté, dans deux savantes monographies :

1° *Zur Lehre der Arzneiwirkung* (1).

2° *Ueber Hefegifte* (2).

Ces deux mémoires résolvent théoriquement et expérimentalement un certain nombre de questions que nous avions soulevées dans notre précédent travail. Nous pensions, très sincèrement, avoir été le premier à les agiter, et en avoir trouvé la clef, par le seul raisonnement. *Suum cui-*

(1) *Contribution à l'étude de l'action des médicaments*, in *Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin*. Tome VIII, XXII, p. 423 et suivantes.

(2) *Sur les poisons de la levûre de bière*, in *Pflüger's Archiv für gesamte Physiologie*. Tome XLII.

que : les études du professeur Schulz remontent à 1887 et 1888. Elles nous étaient inconnues, comme elles ont échappé à tant d'autres.

Qui s'en occupe, aujourd'hui ? Quelques homœopathes peut-être. Elles ont été, comme nombre de travaux, victimes des microbes. Ou bien, l'Ecole officielle, suivant une constante habitude, aurait-elle, une fois de plus, pour la défense des prétendues vérités classiques, passé à côté de la lumière, alors même que l'un des siens, sans souci des préjugés, a éclairé de sa lanterne les ténèbres de la thérapeutique étiologique ?

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, la « loi des secousses » formulée par Pflüger, et consignée dans la plupart des manuels de physiologie, fixe les rapports des nerfs moteurs avec les excitations électriques, et nous dit textuellement :

« Les contractions qui se produisent à la fermeture et à la rupture des courants, présentent des différences suivant la direction (Pfaff) et la force des courants (Heidenhain) :

« 1° Les courants *faibles* ne donnent, *descendants* ou *ascendants*, qu'une *secousse de fermeture*. La disparition de l'anélectrotonus (1) est une cause d'excitation si faible, qu'elle est insuffisante pour exciter le nerf ;

« 2° Les courants *moyens*, qu'ils soient *ascendants* ou *descendants*, donnent une *secousse de fermeture et de rupture* ;

« 3° Les courants *faibles*, quand ils sont *descendants*, ne donnent qu'une *secousse de fermeture* ; il ne se produit pas de *secousse de rupture*, parce que l'électrotonus (2) pro-

(1) Abaissement de l'irritabilité survenant dans la région voisine du pôle positif d'un courant qui traverse le nerf.

(2) Etat électrique d'un nerf parcouru partiellement par un courant.

voqué par des courants très forts abolit la conductibilité dans la partie intrapolaire du nerf. Les courants *ascendants* ne donnent, par la même raison, qu'une *secousse de rupture*. Quand le courant a une certaine intensité, le muscle reste en tétanos à la fermeture des courants (*tétanos de fermeture*). »

Pour le courant ascendant, nous pouvons représenter cette loi par le schéma suivant :

Courant faible :

Fermeture — Secousse.

Rupture — Repos.

Courant moyen :

Fermeture. — Secousse.

Rupture — Secousse.

Courant fort :

Fermeture — Repos.

Rupture — Secousse.

Avec le courant descendant, le résultat est le même ; mais il faut, ici, pour le troisième stade, choisir un courant plus intense que pour le courant descendant, si l'on veut obtenir le même effet.

Que si nous comparons, à présent, les effets des courants faibles avec les effets des courants forts, nous trouvons une interversion complète. Les causes de cette interversion sont connues : avec le courant faible, la disparition de l'anélectrotonus détermine, sans doute, une excitation, mais de la part du nerf, cette excitation n'est plus manifestée au dehors. Inversement, avec le courant fort, il ne peut plus se produire une secousse de fermeture, parce que toute la longueur intrapolaire est devenue incapable d'agir. Les courants moyens constituent, en quelque sorte, le stade intermédiaire entre les courants faibles et les courants forts.

Nous voyons ainsi, clairement, comment une seule et même cause, le courant électrique, produit suivant son intensité, sur un même tissu, le nerf, des effets tout à fait opposés. En réalité, cette opposition n'est déterminée que par les propriétés spécifiques inhérentes au tissu nerveux. Semblable intervention réactionnelle, sous une influence semblable, mais quantitativement différente, nous est montrée par le nerf, lorsqu'il est thermiquement ou chimiquement excité, comme nous l'apprend, d'ailleurs, la physiologie.

De cette loi il résulte donc, finalement, que les excitations électriques faibles se comportent en raison inverse des excitations fortes. Rudolf Arndt (*Biologische Studien*) a établi que cette loi conserve sa valeur pour tous les phénomènes de la vie, et en a déduit sa loi biologique fondamentale :

« Les petites excitations provoquent l'activité vitale ; les excitations moyennes l'augmentent ; les excitations fortes la jugulent ; les excitations exagérées l'abolissent ; mais toujours l'action de l'échelle excitatrice est différente suivant les individus. »

Le professeur Arndt a consacré tout son ouvrage à la démonstration de cette vérité. Pour la question qui nous intéresse, nous renvoyons surtout le lecteur au troisième chapitre de cet important travail, chapitre intitulé « *Die Heilkunst und das biologische Grundgesetz* » (L'art de guérir et la loi biologique fondamentale). Dans cette partie de l'ouvrage, à laquelle nous ferons encore appel dans la suite, est résumé le mémoire du professeur H. Schulz.

III

Revenons donc à la loi de Pflüger.

Le nerf pathologiquement altéré se comportera-t-il à

la manière du nerf en état physiologique ? Telle est la question qui vient naturellement à l'esprit du lecteur.

La loi de Ritter et Valli répond à l'objection, et M. le professeur Schulz s'est appliqué, avec une bonne grâce toute particulière, à nous faire suivre la corrélation entre les deux lois.

Voici le texte de cette dernière loi :

« Lorsque les communications d'un nerf avec son centre sont coupées (à la suite d'une section par exemple) ou lorsque le centre meurt, on observe d'abord une *augmentation* d'excitabilité du centre vers la périphérie, puis l'*excitabilité diminue* jusqu'à disparition complète. Ce phénomène se produit plus rapidement dans les segments du nerf les plus rapprochés du centre nerveux que dans les segments éloignés. »

Ritter (in. L. LANDOIS, *Physiologie des menschlichen Körper* donne à cette loi le commentaire suivant :

« Dans le nerf qui se meurt, l'excitation est modifiée d'après la loi de Ritter et Valli, et la loi des secousses présente, elle aussi, des modifications : dans le stade d'excitabilité augmentée, les courants *faibles*, ascendants ou descendants, ne donnent que des *secousses de fermeture* ; dans le stade suivant, quand l'excitabilité commence à diminuer, les courants *faibles* donnent dans les deux directions, des *secousses de fermeture et de rupture* ; enfin dans le stade où l'excitabilité est *fortement affaiblie*, le courant *descendant* ne donne plus qu'une *secousse de fermeture*, et le courant *ascendant* une *secousse de rupture*.

« Quand le nerf est mort, son excitabilité est complètement abolie. La mort se produit graduellement, suivant la loi de Ritter et Valli, du centre vers la périphérie. »

Résumons cette loi, et comparons-la avec les paragraphes

1, 2 et 3 de la loi Pflüger. Nous avons pour la loi de Ritter et Valli :

1° Au stade *d'excitabilité augmentée, secousses de fermeture dans les deux directions*. Ici donc il n'y a rien de changé avec le paragraphe 1 de la loi de Pflüger ;

2° Au stade *d'excitabilité commençant à diminuer*, les courants *faibles* produisent le même effet que les courants *moyens* au paragraphe 2 de la loi de Pflüger ;

3° Au stade *d'excitabilité fortement diminuée*, les courants *faibles* produisent le même effet que les courants *forts* au paragraphe 3 de la loi de Pflüger.

De cette comparaison, nous pouvons nettement conclure :
« Plus est avancé le processus du mal, moins forte a besoin d'être l'excitation du dehors pour atteindre un effet d'une certaine extension ; et l'on peut dire que les états latents d'excitation résultant de l'état moribond du nerf s'ajoutent à l'excitation venant du dehors. »

Supposons que nous voulions produire un effet d'excitation d'une intensité égale à 10, et que nous nous servions, dans ce but, d'un excitateur égal à 100. Que si par suite de son état moribond et des conditions pathologiques qui en résultent, le nerf a acquis une excitation latente égale à 50, il est évident que nous n'avons plus besoin que d'une excitation extérieure égale à 5, pour produire le même effet utile qu'auparavant, et nous aurons donc un phénomène analogue à celui que nous présenterait un nerf physiologique soumis à l'excitation d'un courant moyen ou fort.

Partant de ce principe, Hugo Schulz se demande s'il existe la même corrélation entre médicament et organe qu'entre le nerf et l'excitation électrique et si ces deux corrélations peuvent être mises en parallèle. Il prouve que ce parallèle est possible. « La partie constitutive essentielle, la

partie fondamentale de tout tissu, dit-il, celle qui sert à la structure et à l'aptitude vitale d'un organisme, est formée par l'albumine. Les propriétés de l'albumine sont, en somme et d'une manière générale, les mêmes d'où que vienne cette substance. La différenciation subtile de l'albumine, qui, dans la majorité des cas, échappe à la preuve chimique, détermine la différence des manifestations de l'activité vitale des organes isolés, leur fonctionnement spécifique. » Rudolf Arndt exprime la même idée dans les termes suivants : « Les manifestations variables que les excitations médicamenteuses provoquent sur les différents organes, dépendent de la constitution intérieure et de la coordination extérieure d'une substance qui, en somme, est partout identique, du protoplasma. Et de même que l'effet d'un agent quelconque sur le nerf se montre progressivement sous une forme variable correspondant, degré par degré, à son intensité, de même chaque réunion de cellules, chaque organe qui en résulte, nous montre une réaction variable contre l'agression d'un médicament, suivant que la dose en est minime, moyenne ou forte. Si bien qu'au médicament s'applique cette proposition : *« Chaque excitation détermine sur la cellule isolée ou sur des organes formés par la combinaison de groupes cellulaires, ou une augmentation ou une diminution de son travail physiologique, correspondant au degré, moindre ou plus fort, d'intensité de l'excitation. »* Mais rappelons-nous, avec la loi de Ritter-Valli, que dans certaines conditions, nous sommes capable d'intervertir ces effets médicamenteux, ainsi que Boecker l'avait déjà signalé en 1856, in *« Reils' Archiv für Pharmacodynamik »* I. P. 98 : « Nous sommes habitués, dit Boecker, à attendre de petits effets avec de petites doses, de grands effets, avec des doses plus marquées ; mais il faut nous souvenir que, dans certaines cir-

constances, les petites doses médicamenteuses provoquent le contraire des fortes doses. »

IV

A l'aide de nombreux exemples cliniques, Hugo Schulz démontre la justesse de ses propositions. A ce point de vue, nous ne saurions assez recommander la lecture du mémoire du maître de Greifswald. Nous nous bornerons, ici, à citer quelques expériences de laboratoire, sur lesquelles l'auteur appuie sa théorie.

Nasse a trouvé (1) que l'activité du ferment salivaire, réduite environ de moitié par l'addition de 10 % de sel de cuisine, dépasse la normale lorsqu'on n'ajoute au ferment que 3.85 à 7.70 % de chlorure de sodium.

Représentons par 100 l'effet du ferment sans aucune additions, nous pouvons, d'après nos expériences, établir la série suivante :

Sel de cuisine	=	0.00	=	Fermentation	=	100
---	=	3.85	---	=	116	
---	=	7.70	---	=	103	
---	=	11.50	---	=	65.30	

La corrélation de dépendance entre la quantité de l'excitation et son effet se fait surtout jour bien nettement à propos de la levûre de bière. Pour expression mesurable, nous pouvons nous servir de la quantité d'acide carbonique produite par fermentation de levûre et de sucre. Hoffmann (2) a prouvé que l'acide formique modifie l'activité du ferment

(1) NASSE. *Pflüger's Archiv*, 1875. T. IX, p. 138.

(2) HOFFMANN. *Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung de Ameisensäure* Greifswald, 1884. — Dissertation inaugurale. Expériences faites dans le laboratoire et sous la direction du professeur Hugo Schulz.

de la façon suivante : Si une solution de sucre, additionnée de levûre, développe en 1 heure 1 centimètre cube de gaz, la même quantité de solution sucrée et la même quantité de levûre développent avec

0.05	% d'acide formique.....	0.00	d'acide carbonique
0.025	—		0.99 —
0.10	—		1.20 —
0.085	—		1.80 —

W. Thol, (*Ueber den Einfluss organischer, nicht aromatischer, Säuren auf Gährung und Fäulniss* (1) Greifswald 1885. Dissertation inaugurale. Expériences faites dans le laboratoire et sous la direction du prof. Hugo Schulz) a confirmé ces résultats. En outre, Gottbrecht (2) a expérimenté la thalline avec le professeur Schulz, et a trouvé que le tartrate de thalline modifie de telle sorte la fermentation de la levûre de bière, qu'en supposant égale à 1 la production d'acide carbonique fourni par la préparation sans thalline, après 5 heures par addition de tartrate de thalline, on avait :

0.	% de tartrate de thalline.....	1.00	d'acide carb.
5.	—	 =	0.72 —
2.50	—	 =	0.82 —
1.00	—	 =	0.99 —
0.50	—	 =	1.23 —
0.10	—	 =	2.38 —
0.05	—	 =	2.12 —

(1) *De l'influence des acides organiques non aromatiques sur la fermentation et la putréfaction.*

(2) GOTTBRECHT. *Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Thallins.* Greifswald, 1886. Dissertation inaugurale.

Mêmes résultats pour les spermatozoaires additionnés de quinine. (CHERONE, in *Husemann's Arzneimittellehre*).

Le professeur Schulz en conclut, comme le lui ont d'ailleurs déjà montré l'arsenic, l'iode et le sublimé, que des substances qui, en grande quantité, sont capables de limiter la fermentation, peuvent, employées en moindre quantité, déterminer le contraire. Puis, avec le concours de ses observations personnelles et d'observations empruntées à d'autres auteurs, il démontre qu'il en est exactement de même pour l'action médicamenteuse de beaucoup d'autres substances telles que l'alcool, le camphre, la digitale, la morphine, le soi-disant balsamiques et oléo-éthérés, par exemple le baume de copahu et les préparations de juniperus et en outre, l'arsenic, le phosphore et le mercure.

Le phénomène si souvent observé dans les expériences sur les médicaments et les poisons, c'est-à-dire le fait que dans le premier stade d'action d'un médicament, il se produit le contraire de ce qui arrive dans la suite, a été signalé sous le nom d'effet primitif. Il tient à ce que, tout d'abord, une petite quantité seulement de la préparation introduite dans le corps agit sur les organes spécialement soumis à son action. C'est la première réaction qui se produit ; aussi bien Schulz admet-il, comme nous l'avons nous-même établi dans *la Thérapeutique positive devant l'action des médicaments* que l'effet médicamenteux constitue toujours jours une excitation. Que si l'excitation poursuit, ou que l'on introduise dans le corps une grande quantité de médicament actif dans des conditions telles qu'il puisse immédiatement et avec toute son énergie développer son activité entière, il se produit un état que nous pourrions comparer avec le second et le troisième stade de la loi des secousses.

Surtout instructive, relativement à l'action cardiaque, est

la différence entre les fortes doses de digitale et les petites. Binz, in « *Vorlesungen über Pharmacologie* » (1) p. 280, appelle l'attention sur l'inversion de l'action digitalique à fortes doses, relativement au nombre des pulsations et à la pression sanguine : « La diminution des pulsations, dit-il, avec une petite dose de digitale, se transforme en contractions irrégulières et souvent galopantes ; la pression, augmentée auparavant, tombe au-dessous de la normale. » Il est clair que ce phénomène est, en dernier ressort, déterminé par l'action de la digitale sur l'ensemble des nerfs cardio-moteurs. Pour nous il est intéressant que l'on puisse expérimentalement reproduire à volonté, sur l'animal, les deux effets opposés des petites doses et de doses relativement fortes de digitale. Donc, conclut Schulz, « *l'action médicamenteuse obéit, en général à la loi des secousses du nerf normal, en un mot, à la loi d'excitation des nerfs* ». Ce qui revient à dire, en tenant compte de l'excitabilité augmentée, dans laquelle se trouve d'ores et déjà l'organe malade : « *Chaque organe malade montre vis-à-vis d'un médicament généralement capable d'agir sur cet organe, une réaction modifiée, puisque la maladie détermine un affaiblissement de sa fonction physiologique.* »

V

Plus loin, Schulz établit que certains médicaments ont avec certains organes des relations tout à fait déterminées. Ainsi la quinine avec la rate ; l'arsenic avec les glandes, notamment les ganglions lymphatiques ; le cyanure de mercure avec les muqueuses de la gorge ; le tartre stibié avec

(1) *Leçons de Pharmacologie.*

les poumons, spécialement avec les muqueuses bronchique et trachéale ; l'ipécacuanha, quant à l'émétine, avec la muqueuse intestinale ; le fer et le seigle ergoté, avec le système vasculaire ; le bismuth avec la muqueuse gastrique. Il montre, ensuite, que d'autres médicaments, par ailleurs, exercent une action spécifique, en modifiant le terrain nourricier altéré d'une manière déterminée, par des poisons déterminés, par les ptomaines et en le modifiant de telle façon, qu'il devient défavorable au développement ultérieur des bacilles pathologiques correspondants, par conséquent d'une façon favorable au sujet atteint. C'est ainsi qu'agissent le calomel vis-à-vis de la muqueuse intestinale altérée par le poison typhique ; l'acide salicylique à l'égard des articulations, dans le rhumatisme articulaire aigu ; la quinine à l'endroit de la rate atteinte par le poison de la fièvre intermittente.

Sans doute, de la sorte, Schulz se pose en partisan décidé de la thérapeutique locale ; mais, néanmoins, il combat essentiellement en faveur de l'emploi des petites doses médicamenteuses, dans les cas y relatifs. Aussi bien, ces médicaments agissent sur l'organe malade à la manière de l'excitation sur le nerf malade et moribond. Tandis que sur l'organe sain, de même que sur les autres parties du corps, ils ne produisaient aucun effet, ils agissaient pour l'organe malade, tantôt plus, tantôt moins, comme d'ordinaire de fortes doses, selon l'aptitude à la résistance qui subsistait encore dans l'organe malade.

Cette thérapeutique organo-spécifique, à petites doses, est, en somme, absolument conforme à la thérapeutique positive telle qu'elle résulte de l'étude de la matière médicale et des pathogénésies expérimentales. C'est, en un mot, de l'homœopathie, et la localisation médicamenteuse, à la ma-

nière dont l'interprète le professeur de Greifswald, n'est nullement en opposition avec la loi de similitude.

Chose curieuse ! Quinze ans après la publication du travail du professeur Schulz, cette théorie de la spécificité et de la localisation a été reprise, sous une forme nouvelle et originale, par M. le professeur Bouchard, qui l'a condensée dans un mémoire présenté, l'an dernier, au Congrès de médecine du Caire (19 décembre 1902) (1).

Bien entendu, M. le professeur Bouchard qui, nous le regrettons sincèrement pour une intelligence si éminente, ne veut rien savoir de l'homœopathie, se garde de faire allusion à la loi de similitude, et ne parle pas du mémoire de Hugo Schulz, qu'il considère probablement aussi comme entaché d'hérésie.

M. le professeur Bouchard préfère invoquer la « spécificité » comme elle est comprise par l'Ecole universitaire. Et pour lui, les spécifiques agissent parce qu'ils influencent la cause morbifique, et, cette fois, ils l'influencent par une action générale... Hypothèses et thérapeutique étiologique, c'est-à-dire hypothétique ! Aussi bien, comme le fait remarquer M. le Dr P. Jousset, « de tous les médicaments énumérés par le professeur Bouchard, il n'en est pas un seul qui guérisse sûrement et exclusivement une espèce morbide ». (*Art médical*, mai 1903). Quant aux sérums thérapeutiques, également cités comme spécifiques par le professeur Bouchard, ils ont, comme l'a établi Arloing, une action semblable à celle des toxines, qu'ils sont destinés à combattre. « Il y a donc là, continue M. Jousset (*l. c.*), une action homœopathique démontrée qui nous fait considérer comme tout à fait négligeable cette quantité de spéci-

(1) *Les tendances nouvelles de la thérapeutique.*

fique que le professeur Bouchard veut bien lui accorder. »

La partie la plus intéressante du mémoire de M. Bouchard, est celle qu'il consacre à la thérapeutique locale. L'idée originale est contenue dans le travail de Schulz; mais M. le professeur Bouchard préconise, sous ce rapport, les injections hypodermiques de petites doses médicamenteuses. Nous citons ici quelques fragments empruntés aux *Tendances nouvelles de la Thérapeutique*. Il y est dit, entre autres :

« J'ai eu la pensée que, dans les maladies locales comme
« aussi dans les maladies générales qui se localisent, si
« une médication générale exerce une action spécifique
« curative, on pourrait limiter l'administration du remède
« exclusivement au tissu qui est atteint; qu'on pourrait
« tenter le traitement en injectant, dans le lieu affecté, le
« médicament qui se montre efficace quand on le répand
« dans toute l'économie. »

Et plus loin :

« La puissance d'action de la thérapeutique locale, par
« les doses minimes, me paraît certaine. Quel est le mode
« de son action ? La première pensée qui se présente, c'est
« qu'elle relève de la thérapeutique antiseptique, qu'elle
« agit localement sur les agents provocateurs de la mala-
« die plutôt que sur les cellules animales aux prises avec
« ces agents. La première pensée n'est pas toujours mau-
« vaise; mais si cette interprétation des faits est naturelle,
« je dois reconnaître qu'elle n'est pas certaine. »

Et enfin :

« Disons donc que les effets heureux obtenus dans mes
« essais de thérapeutique locale, par les doses minimes,
« peuvent s'expliquer par une action antiseptique, mais
« qu'il n'est pas impossible qu'il y ait aussi sollicitation

« des actes naturels par lesquels l'économie animale lutte
« contre l'infection. »

M. le professeur Bouchard hésite visiblement entre la thérapeutique étiologique et la thérapeutique positive. Dans le doute, il pose un point d'interrogation. Sachons-lui-en gré; et, s'il y a lieu, mettons en pratique le procédé thérapeutique que nous enseigne le savant maître de l'Université de Paris. Nous restons libres d'en interpréter la théorie suivant notre doctrine qui, de ce fait, ne saurait subir aucune atteinte. Il en résulterait simplement que l'on peut être un excellent homœopathe, tout en ne négligeant pas la thérapeutique localisée.

Le travail de Hugo Schulz n'a donc pas été lettre morte pour tout le monde. Après cette digression un peu longue, mais non inutile, espérons-nous, il est temps d'indiquer les conclusions auxquelles, à la suite de ses recherches, aboutit le professeur de Greifswald :

« 1° *L'efficacité d'un médicament dépend, en première
« ligne, de la relation, plus ou moins étroite, qui existe
« entre lui et un organe ;*

« 2° *L'action physiologique d'un médicament sur un or-
« gane dépend de la quantité de la substance médicamen-
« teuse, en ce sens que, selon les quantités entrant en ac-
« tion réelle, il se produit des phénomènes qui ont leur
« analogie complète dans la loi des secousses ;*

« 3° *Cette dernière supposition est soumise, pour les
« états pathologiques des organes, c'est-à-dire pour la thé-
« rapeutique, aux mêmes modifications que comporte la
« loi des secousses, lorsqu'il s'agit d'un nerf en voie de
« mourir. Par conséquent, dans des conditions patholo-
« giques déterminées, il n'est besoin que d'une minime
quantité d'un médicament pour obtenir en effet que, sur*

« l'organe sain, nous n'atteignons qu'avec des doses plus fortes. »

Buchner (*Neues Repertorium*, 1886, t. XV) avait donc absolument raison, lorsque, étudiant le procédé de Guibout, qui consiste à guérir le saturnisme chronique avec des petites doses de soufre, il disait que « dans la thérapeutique rationnelle, la question de quantité n'a pas toujours l'importance qu'on lui attribue dans l'évaluation de l'effet curatif d'un médicament ».

VI

Dans ses expériences sur « les poisons des ferments (1) ». Schulz démontre que ce qu'il a établi pour la cellule animale conserve sa valeur pour la cellule végétale. Dans toute une grande série d'expérimentations soigneusement exécutées, dont les résultats sont rendus plus intelligibles ou moyen de courbes, il fait voir que les mêmes substances qui, en grande quantité agissent comme des toxiques sur les cellules de la levure de bière, entravent, ou même arrêtent la fermentation, se comportent, en petite quantité, comme des excitants, à l'égard des mêmes cellules, et activent la fermentation.

Pour quelques-unes de ces substances, comme le sulfate de cuivre et l'acide salicylique, l'expérience nous a déjà appris que, dans certaines conditions, elles peuvent provoquer la levure à un travail plus énergique. Schulz en a établi la raison, et prouvé que ces phénomènes sont soumis à une loi générale. Ses recherches se sont étendues aux poisons les plus violents, le sublimé, l'iode, le brome, l'acide

(1) *Ueber Heftgäfte*, in *Pflüger's Archiv*, für die gesamte Physiologie. Tome XLII. Bonn 1888.

arsénieux, l'acide chromique, l'acide salicylique, l'acide formique. Avec tous, il a obtenu le même résultat. « Les petites doses sont capables d'élever notablement, au-dessus de la normale, pour un temps plus ou moins long, l'activité de la levure (1). » C'est ainsi que pour une dilution de sublimé au 1/700.000, nous avons une augmentation allant jusqu'à 1/50.000; pour l'iode à 1/600.000, une augmentation de 1/100.000; pour le brôme à 1/400.000, une augmentation de 1/300.000; pour l'acide arsénieux à 1/400.000 et l'acide chromique à 1/60.000, une augmentation de 1/50.000; pour l'acide salicylique à 1/4.000 et l'acide formique à 1/40.000, une augmentation de 1/10.000 pouvant aller jusqu'à 1/30.000. Toutefois, les dilutions plus élevées ne laissent plus reconnaître que très peu, sinon nullement, l'influence des poisons en question; et des dilutions plus concentrées, diminuent graduellement l'énergie de la fermentation, jusqu'à l'arrêter complètement.

Schulz en arrive donc à cette conclusion : « Ce que j'ai dit et prouvé, relativement à mes recherches sur la cellule animale, s'applique également à la cellule végétale. J'ai donc le droit d'établir la proposition suivante : *Chaque exci-*

(1) Le Dr P. Jousset, dans l'*Art médical*, novembre 1895, *De l'Action des médicaments sur l'homme sain, dans ses rapports avec la loi de similitude*, nous donne ces trois lois de pharmacodynamique :

« I. Une dose moyenne de médicament administrée en une fois à un homme sain produit successivement deux effets opposés. Ces effets opposés pourront alterner plusieurs fois, pendant la durée d'action de ce médicament ;

« II. Plus la dose du médicament est forte, moins l'action primitive est marquée. Si la dose est excessive, l'action secondaire seule se développe ;

« III. Avec de très petites doses, les effets primitifs dominent, et les effets secondaires manquent souvent. »

tation sur une cellule vivante produit une action qui a pour effet une activité cellulaire inversement proportionnelle à l'intensité de l'excitation. De deux cellules, celle-ci réagira plus facilement contre une excitation d'une intensité déterminée, qui possède, dans sa constitution intime, une moindre faculté de résistance; par une action d'excitation forte, elle succombe plus vite, elle meurt, dans certaines conditions, plus rapidement; par une excitation faible, elle laissera, éventuellement reconnaître, plus tôt, une notable augmentation de l'énergie vitale qu'une cellule absolument normale, qui, dans les mêmes conditions, reste totalement intacte. »

Dans un prochain article, nous examinerons les conséquences pratiques qui découlent de ces principes.

D^r G. SIEFFERT.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DE L'INSUFFISANCE RÉNALE

Le rein est incontestablement le grand émonctoire de l'organisme; sa fonction principale consiste à éliminer les toxines qui se forment incessamment dans le corps vivant et celles qui y sont introduites par l'alimentation. Cette production de toxines dans l'économie est tellement considérable, que Bouchard enseigne que l'homme fabrique, en deux jours et quatre heures, une quantité suffisante de poisons pour le tuer. Et la preuve de la fonction dépurative du rein se tire de la toxicité des urines dans un or-

ganisme sain. Cette toxicité est telle qu'il suffit de 45 centimètres cubes d'urine humaine normale pour tuer un kilogramme de chair vivante.

Cette toxicité de l'urine se démontre encore par l'expérimentation et par la clinique. La ligature des uretères pratiquée chez un animal; leur oblitération par de petits calculs chez l'homme malade; ou un certain degré d'imperméabilité du rein, suppriment ou diminuent la fonction rénale, produisent l'accumulation dans l'organisme des poisons, qui ne sont plus qu'incomplètement éliminés et déterminent un syndrome auquel on a donné le nom d'*urémie*.

Ce nom d'urémie a été donné à l'ensemble des symptômes qui accompagnent la rétention des toxines de l'organisme, parce qu'on a cru longtemps que c'était la rétention de l'urée qui était la cause de tous les accidents; or, l'urée n'est pas toxique; l'explication était donc fausse; mais l'expression est restée, par suite d'une sorte de routine trop fréquente en médecine, et si l'expression d'urémie n'avait pas plus d'inconvénient pour désigner les symptômes d'empoisonnement par la rétention des toxines dans l'organisme que l'expression de chlorose pour désigner un genre d'anémie propre à la puberté, nous continuerions à nous en servir; mais un grand nombre de médecins continuent à accorder au taux de l'urée dans les urines, une importance exagérée et nous proposons, avec la généralité des pathologistes contemporains, de remplacer l'expression urémie par celle d'*insuffisance rénale*.

Nous désirons insister sur la grande importance pratique qu'il y a à remplacer le mot d'urémie par celui d'insuffisance rénale. Combien de médecins méconnaissent chaque jour le complexe morbide dû à l'insuffisance rénale, par cette raison, que les urines du malade ne contiennent pas d'albumine et s'élèvent à 2 litres et au delà.

Nous avons, en ce moment, dans la salle commune de l'hôpital Saint-Jacques, une jeune fille atteinte de néphrite interstitielle chronique, chez laquelle surviennent de temps à autre des poussées d'inflammation des reins qui produisent les symptômes les plus graves. Tout dernièrement encore, les urines de cette malade présentaient 8 et 10 grammes d'albumine, en même temps que les symptômes les plus inquiétants se manifestaient. Aujourd'hui, les urines ne contiennent que des traces indosables d'albumine; ce produit atteint le volume de 2 litres 500, et cependant la dépuración des reins n'atteint pas la moitié de l'état physiologique; l'insuffisance rénale est donc encore très prononcée chez cette malade.

Un autre malade, octogénaire, est atteint d'endocardite artérielle; autrefois cette endocardite s'accompagnait de fréquents accès d'angine de poitrine. L'usage longtemps continué d'iodure de sodium a fait disparaître cette complication; mais, depuis quelques semaines, le malade présente des symptômes caractérisés d'aliénation brightique; ses urines n'ont jamais présenté d'albumine, leur volume dépasse 2 litres et cependant la dépuración rénale n'atteint pas la moitié du taux physiologique.

Combien de cas pourrais-je citer de coma, de dyspnée de Cheyne Stokes, souvent mortels, chez des malades dans les urines desquelles on ne rencontre pas d'albumine et dont la quantité sécrétée est physiologique.

Nous croyons inutile de rappeler toutes les théories qui ont été émises successivement pour expliquer les symptômes engendrés par l'insuffisance rénale; la théorie de l'œdème cérébral, celle des empoisonnements par le carbonate d'ammoniaque, par l'acide oxalique, l'acide urique, l'acide hippurique, les matières extractives, xanthine,

thyrosine, etc., la matière colorante de l'urine, ne sont pas plus satisfaisantes que l'explication tirée de l'empoisonnement par l'urée.

Bouchard a donné la véritable explication; pour lui, les symptômes de l'insuffisance rénale s'expliquent par la rétention dans l'organisme de tous les poisons habituellement éliminés par les urines; ce médecin a essayé de déterminer l'espèce des poisons contenus dans l'urine normale; il en a signalé sept ayant tous une action particulière, les uns déterminant le myosis, d'autres l'hyperthermie, deux produisaient des convulsions, un autre le coma. Tout en faisant nos réserves sur la distinction de ces poisons et de leur action propre, nous pouvons, néanmoins, conclure que, très certainement, les symptômes produits par l'insuffisance rénale tiennent à l'ensemble des poisons retenus dans l'organisme et non pas à l'un d'entre eux.

Et maintenant, étudions les phénomènes observés à la suite de l'injection dans les veines d'une urine normale. Si on injecte chez un lapin par la veine marginale de l'oreille, une urine filtrée, neutralisée et à la température de 16 à 20 degrés, si cette injection est faite lentement, de manière à introduire seulement 1 cent. cube d'urine par seconde, le premier symptôme qu'on observe est le myosis; la contraction de la pupille débute après le 10° ou le 20° cent. cube injecté et elle devient excessive; la pupille est réduite à un point punctiforme; ce myosis est proportionnel à la toxicité de l'urine. Le second symptôme est la dyspnée; la respiration s'accélère et devient de plus en plus courte; en même temps, augmentation des battements du cœur; ensuite, commence l'hypothermie accompagnée de diurèse; puis surviennent plus tard le coma et les convulsions.

Passons maintenant à la clinique. L'insuffisance rénale s'observe dans les états pathologiques suivants; d'abord dans les néphrites calculeuses et dans toutes les circonstances où un obstacle mécanique vient à oblitérer les uretères; dans la grossesse, dans les maladies fébriles et pestilentiellles, dans les néphrites chroniques, qu'elles soient interstitielles ou épithéliales, et dans le diabète.

Les accidents qui annoncent l'imminence des symptômes de rétention des toxines rénales sont, en premier lieu, la diminution ou même la suppression des urines. La diminution de la densité, de la quantité normale de l'urée sont des signes avant-coureurs d'une grande importance; la présence d'albumine est habituelle, mais non constante; il faut noter encore la diminution de la toxicité des urines; ce dernier symptôme, le plus important de tous, est d'une constatation difficile, elle suppose un laboratoire, puisque la toxicité ne peut nullement être mesurée que par l'injection des urines dans les veines d'un animal. Aussi, croyons-nous devoir faire connaître un procédé empirique à la portée de tous qui a été trouvé par Yvon. Voici ce procédé: on multiplie la densité par le chiffre 2,33 et le résultat obtenu par le volume; puis le total étant divisé par 1.000, le résultat exprime le taux de la dépuration urinaire en 24 heures. Or, dans l'état normal, le chiffre qui exprime cette dépurat-ion est approximativement de 60 grammes. Si chez le malade, le résultat donne 30 par exemple, c'est le signe que la toxicité urinaire est diminuée de moitié. J'ai souvent employé cette méthode, et je crois qu'elle donne un résultat très approximatif (1).

Le bleu de méthylène et la cryoscopie sont deux mé-

(1) Voici la formule
$$\frac{DX \ 2,33 \ XV}{1000}$$

thodes qui fournissent des renseignements très positifs sur la dépuration rénale. Le moment de l'apparition de la couleur bleue dans les urines et le temps qui s'écoule jusqu'à la disparition de cette couleur donne une mesure exacte des fonctions dépuratives du rein.

La cryoscopie est une méthode peu exacte qui ne permet pas d'apprécier d'une manière certaine encore, la perméabilité rénale et par conséquent de porter un pronostic assuré.

1° *Insuffisance urinaire par oblitération des uretères.*

Cette catégorie de faits, qui a la valeur et la simplicité d'une expérimentation sur l'animal, doit être étudiée en premier lieu à cause de la régularité, de la constance des symptômes. Les premiers symptômes qui apparaissent sont des troubles digestifs, l'anorexie avec une langue blanche et pâteuse, le ventre ballonné, de la constipation, des nausées, pesanteur de tête, insomnie et surtout un sentiment de faiblesse musculaire extrêmement prononcé avec une indifférence qui va en augmentant chaque jour. La maladie marche d'abord lentement, et ce n'est guère qu'après un septenaire que surviennent des vomissements très fréquents et quelquefois de la diarrhée; en même temps dyspnée, torpeur générale, très augmentée, les pupilles rétrécies, hypothermie, avec quelques symptômes de contractions musculaires; enfin, une prostration de plus en plus complète, un assoupissement dont on peut à peine tirer le malade qui reste indifférent; quelquefois, délire et hallucinations; puis, les jours suivants, la température baisse encore, le cœur faiblit, la respiration ralentie présente quelquefois le type de Cheyne-Stokes, et la mort survient dans un coma de plus en plus profond interrompu quelquefois par des convulsions.

Tel est l'ensemble des symptômes qui caractérisent l'insuffisance rénale, dans son cas le plus simple; nous les retrouverons dans les autres conditions pathologiques d'insuffisance rénale, mais souvent isolés les uns des autres et représentant les syndromes distincts, les uns caractérisés par la prédominance des symptômes cérébraux, d'autres par les troubles de la respiration et quelques-uns, enfin, par les symptômes des fonctions digestives.

2° *L'insuffisance rénale dans la néphrite interstitielle.*

Nous conservons la division classique des néphrites en interstitielles et épithéliales parce que, quoiqu'il soit fréquent d'observer chez le même malade la lésion de la sclérose pure et de l'épithélium rénal, il n'en est pas moins vrai que presque toujours l'une des lésions prédomine et que ces deux formes de néphrites restent pendant toute leur durée absolument distinctes, aussi bien par leurs symptômes et leur marche que par leurs lésions, la néphrite interstitielle se terminant par la sclérose et l'atrophie rénale et la néphrite épithéliale par le rein blanc.

Dans la néphrite interstitielle, les symptômes d'intoxication urinaire marchent lentement, s'annoncent d'abord par des troubles sensitifs, douleurs lombaires, céphalée, prurit intense et généralisé, crampes fréquentes des mollets, quelquefois secousses électriques dans les bras et dans les jambes; puis viennent les troubles de l'ouïe et de la vue, tintements d'oreille, surdité, ambliopie brightique.

Les troubles respiratoires appartiennent à une période plus avancée; ce sont tantôt de violents accès asthmatiques avec suffocation épouvantable, face pâle, plombée, cyanose des lèvres, saillie des yeux, sueurs froides, sentiment de mort imminente; ces accès se terminent habituellement par

l'expectoration de crachats sanguinolents; ils prennent au milieu de la santé, et après une durée de quelques heures, disparaissent presque sans laisser de traces. D'autres fois, ces accès, beaucoup moins violents, deviennent chaque jour, habituellement le soir et la nuit; quant à la respiration de Cheyne Stokes, elle ne survient qu'à une période beaucoup plus avancée.

Les troubles digestifs sont constants, quelquefois bornés à une simple anorexie, ils éclatent souvent en vomissements plus ou moins abondants avec ou sans diarrhée.

Remarquons que la néphrite interstitielle n'est qu'une affection de l'artério-sclérose, qu'on observe constamment des symptômes d'hypertension artérielle, hypertrophie du cœur et de bruit de galop, que beaucoup des symptômes que nous venons de signaler appartiennent beaucoup plus à la cardiopathie artérielle concomitante qu'à la rétention dans l'organisme des toxines habituellement éliminées par les reins, que ces symptômes d'urémie lente que nous venons de décrire se rattachent, en résumé, à deux affections, la néphrite et l'endocardite artérielle.

Il est extrêmement important, au point de vue pratique, de savoir qu'un certain nombre de ces malades n'ont jamais d'albumine dans leurs urines, ce sont ceux dont la néphrite est purement interstitielle, car l'albuminurie n'est possible qu'avec une lésion de l'épithélium rénal. Mais, si l'albuminurie fait défaut chez ces malades, on peut, néanmoins, constater l'insuffisance rénale par la diminution de la quantité d'urine, de sa densité, du taux de l'urée, et des autres procédés indiqués plus haut.

Enfin, lorsque l'intoxication est complète, les grands symptômes uréniques se manifestent, et dans le cas de néphrite interstitielle, ce sont surtout des symptômes dysp-

néiques que l'on observe. Cependant, quelquefois on observe, comme dans la néphrite épithéliale, des symptômes apoplectiques et convulsifs. C'est dans la néphrite interstitielle qu'on observe ces cas d'urémie foudroyante qui surprennent le malade au milieu des apparences de la santé et se manifestent par des symptômes convulsifs ou comateux.

3° *Insuffisance rénale dans la néphrite épithéliale.* Tout récemment, on a nié l'existence des accidents urémiques dans la néphrite épithéliale, sous le prétexte que dans cette forme d'inflammation du rein, la perméabilité de l'organe est augmentée plutôt que diminuée.

L'insuffisance rénale est la terminaison des néphrites chroniques, seulement dans la néphrite épithéliale, les symptômes affectent une marche rapide et revêtent plus particulièrement la forme cérébrale; l'éclampsie et le coma sont les deux formes symptomatiques les plus fréquentes dans les néphrites épithéliales. On observe encore la forme délirante, mais la variété qui simule l'aliénation mentale s'observe presque exclusivement dans la néphrite interstitielle.

4° *Insuffisance rénale dans la grossesse.* Cette insuffisance s'accompagne souvent d'albuminurie, la diminution de la quantité des urines, leur faible densité et les symptômes déjà énumérés plusieurs fois doivent préoccuper le médecin, car il s'agit ici d'une forme très brutale; ordinairement après quelques troubles de la vue, de la céphalalgie, quelquefois des vomissements, l'empoisonnement se manifeste par des violentes attaques d'éclampsie qui peuvent se terminer par la mort de la femme et de l'enfant en quelques heures; rappelons que si la présence d'albumine dans

les urines est un phénomène prémonitoire habituel, l'éclampsie peut cependant éclater quoique la malade n'ait jamais présenté de traces d'albumine dans ses urines.

5° *Maladies fébriles et pestilentiellles.* L'insuffisance rénale constitue une complication aussi grave que fréquente, particulièrement dans le choléra et dans la scarlatine; dans ces deux maladies et surtout dans la première, il est fréquent d'observer une anurie complète en même temps qu'un rétrécissement de la pupille et une hypothermie de plus en plus prononcée; dans la scarlatine, les accidents d'insuffisance se montrent surtout pendant la convalescence presque toujours avec de l'albumine, et les symptômes affectent constamment la forme d'éclampsie.

6° *Insuffisance rénale dans le diabète.* L'acétonurie est une expression aussi fausse que l'urémie, vu que l'acétone est à peine toxique et incapable de produire les symptômes cérébraux qu'on lui attribue. Quant à l'acide oxybutyrique et l'acide diacétique, ils sont, comme l'acétone, très peu toxiques, et s'observent, en dehors du diabète, sans produire aucun accident. Nous pensons, avec certains auteurs contemporains, que les symptômes de coma diabétique sont dus à l'insuffisance rénale et à la rétention dans l'organisme des poisons habituellement éliminés par le rein. Le docteur Lancereaux exprime la même opinion que nous, comme on peut en juger par la citation suivante : « Le mot acétonémie peut être conservé sans inconvénient, à condition de servir à désigner l'ensemble des complications survenant dans le cours du diabète et reconnaissant pour cause la rétention dans l'économie de produits toxiques quels qu'ils soient. » (Bouchard, *Traité de médecine*, page 525.)

L'ensemble des symptômes qui caractérisent l'acétonémie rappelle le syndrome désigné habituellement sous le nom d'urémie. Dans les deux cas, la diminution de la quantité des urines rendues en 24 heures est le signe prémonitoire des accidents, et chez le diabétique, cette diminution ne s'accompagne pas d'une excrétion moindre de glucose.

L'acétonémie est constituée le plus souvent par deux ordres de symptômes, troubles de la respiration et troubles **cérébraux**.

Troubles de la respiration. La dyspnée est caractérisée par une inspiration profonde, forcée, spasmodique, suivie d'une expiration brève et gémissante. Après l'expiration, pause plus ou moins longue, puis reprise de l'inspiration profonde. La respiration est habituellement peu accélérée, 16 à 18 par minute; d'autres fois, elle peut atteindre 30 et 40; il n'y a point d'orthopnée dans le décubitus dorsal; cette dyspnée ne s'accompagne d'aucun signe sthétoscopique; c'est une dyspnée bulbaire, toxique, comme dans tous les cas d'insuffisance rénale.

Les symptômes **cérébraux** sont variables; quelquefois on observe une période d'excitation et de délire, mais le symptôme dominant et souvent le seul, est un coma de plus en plus profond avec pâleur de la face et résolution des membres, et une hypothermie descendant à 35° et même quelquefois à 32°. Dans cette dernière période, les urines sont supprimées.

Dans un certain nombre de cas, on observe des vomissements, de la diarrhée, des douleurs abdominales. Ces troubles gastro-intestinaux affectent tantôt la forme cholériforme, tantôt la forme péritonéale.

On voit que cet ensemble de symptômes rappellent à un très haut degré des accidents urémiques des **néphrites** ;

nous devons dire cependant qu'on a noté la dilatation de la pupille au lieu du myosis qui accompagne presque toujours l'insuffisance rénale (1).

Les lésions trouvées chez les diabétiques qui succombent aux accidents comateux et dyspnéiques confirment l'opinion qui attribue ces symptômes à l'insuffisance rénale. Si on met de côté les lésions de néphrites brightiques qui compliquent assez souvent le diabète avancé, on rencontre des lésions particulières et qui expliquent l'insuffisance rénale. Ebstein a constaté dans le rein de malades diabétiques ayant succombé au coma, la nécrose de l'épithélium des tubes contournés et de quelques tubes droits. Erlich décrit dans les mêmes circonstances la dégénérescence hyaline des cellules épithéliales (*Loc. cit*, page 482).

Lépine (*Actualité médicale*, page 82), rapporte que Fichtner décrit une lésion rénale trouvée chez les diabétiques morts dans le coma; ce sont de fines granulations situées dans les tubes contournés; ces granulations se colorent en noir par l'acide osmique.

En résumé, dans l'acétonémie les troubles respiratoires ressemblent beaucoup à ceux de l'urémie; ils rappellent même jusqu'à un certain point la respiration de Cheynes-Stock; les troubles cérébraux et gastriques sont les mêmes; dans les deux cas on signale l'oligurie et l'hypothermie. La seule différence importante serait la dilatation de la pupille dans le coma diabétique, au lieu du myosis. Enfin, dans tous les cas, le rein présente des lésions qui expliquent un degré plus ou moins grand d'imperméabilité et par conséquent d'insuffisance fonctionnelle. Les quelques différences qui séparent les deux syndromes s'expliquent par la

(1) J'ai observé le myosis dans le coma diabétique.

différence des toxines retenues et je crois que nous sommes autorisés à conclure que les syndromes dénommés jusqu'ici urémie et acétonémie sont de même nature, qu'ils sont causés par la rétention plus ou moins complète des toxines urinaires et non par un seul des éléments contenus dans l'urine, soit l'urée, soit l'acétone.

Dr P. JOUSSET.

NOSOGRAPHIE

LA BOTRYOMYCOSE.

Sous ce nom, on décrit une affection parasitaire se traduisant, chez l'homme, par des tumeurs pédiculées de la peau, tumeurs contenant, dans leur intérieur, des *amas mûriformes* d'aspect particulier et donnant, en culture, un microcoque qu'on a, jusqu'ici, regardé comme spécifique, le *micrococcus botryogenes* ou *botryocoque* (1).

Historique. — L'affection a d'abord été étudiée par les vétérinaires. En 1870, Bollinger découvrit, dans les tubercules fibreux des poumons d'un cheval, une *zooglée* répondant aux amas mûriformes signalés plus haut, et lui donna, à cause de son aspect, le nom de *botryomyces*, de *βοτρυς* grappe de raisin, et *μυκης* champignon. — Rabe retrouve les botryomyces dans le *champignon de castration* du cheval ; lesensemencements faits avec les amas mûriformes donnèrent un microcoque que Rabe appela *micrococcus botryogenes* au *botryocoque*, qui a une grande analogie avec le staphylocoque, comme nous le verrons plus loin.

(1) SAVARIMUD et DEGUY, *Gazette des hôpitaux*, 11 octobre 1902.
— X DELORE, *id.* 28 octobre 1902.

En 1897, MM. Poncet et Dor crurent pouvoir conclure à la nature botryomycosique de certaines tumeurs pédiculées de la peau, qu'ils avaient considérées, jusqu'alors, comme des papillomes inflammatoires, et cela, parce que l'anatomie pathologique leur montrait de nombreux amas mûri-formes et que la bactériologie leur révélait, dans les cultures, le botryocoque de Rabe ; enfin, ils avaient pu reproduire une tumeur cliniquement semblable à celles observées sur l'homme ; malheureusement, l'ânesse ainsi inoculée, en se frottant, avait fait tomber cette tumeur qui n'a pas pu être examinée histologiquement.

En 1900, dans un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine*, M. Dor, ayant eu l'occasion d'étudier cinq cas de *champignon de castration*, a pu se convaincre que le point de départ de la maladie était dans les tubes épидидymaires, et que ce qu'on avait pris pour des artères hypertrophiées, était le canal épидидymaire hypertrophié et sclérosé. Par analogie, M. Dor conclut que chez l'homme la tumeur botryomycosique se développe dans les glandes de la peau ; ce sont des glandes sudoripares hypertrophiées dont les tubes sont coupés en tous sens, qui donnent aux tumeurs leur aspect caverneux : les tumeurs cutanées de l'homme sont des *fibro-adénoses sudoripares*, de même que le champignon du cheval est une *fibro-adénose épидidy-maire*. Ces tumeurs sont causées par la pénétration d'un microcoque pathogène, le botryocoque.

Depuis, quelques auteurs ont publié des observations de botryomycose humaine, avec examen histo-bactériologique : les uns confirment l'opinion des auteurs lyonnais, les autres et particulièrement MM. Sabrazès et Laubie (de Bordeaux), nient la spécificité de la botryomycose, qui, pour eux, peut

être due à une infection microbienne par le staphylocoque doré associé à d'autres bactéries banales.

Etiologie. — Tantôt l'affection paraît naître spontanément, tantôt, le plus souvent, la petite tumeur se produit au niveau d'une inoculation septique, coupure ou piquûre.

Symptômes. — L'affection siège, comme l'avaient déjà noté MM. Poncet et Dor dans leur première communication, sur les parties découvertes des téguments. On l'a observée au front, à la paupière, à la joue, à la lèvre, à l'épaule, mais dans la *grande majorité des cas c'est à la main et aux doigts* qu'on a observé ces petites tumeurs.

Le début a été comparé à une verrue, une lentille, un petit bourgeon rosé ou rouge vif qui soulève l'épiderme au niveau de la petite plaie ou de la cicatrice. Ce petit bourgeon ne tarde pas à grossir, surtout sous l'influence des cataplasmes et des cautérisations, il s'ulcère, suinte et dès lors saigne avec une grande facilité.

En quelques mois, il peut acquérir un volume considérable, fraise ou framboise, aveline, nois, petite tomate de 5 centimètres de diamètre dans un cas de M. le professeur Poncet. Au-dessus de ce volume, il faut accepter avec une grande méfiance les observations étiquetées botryomycose, tels les deux cas de M. Legrain non suivis d'examen histobactériologique où il s'agissait, vraisemblablement, d'un sarcome et d'un chloroma ou cancer vert.

La *forme* de la tumeur est celle d'un champignon avec son chapeau et son pédicule. Le sommet du champignon est presque toujours ulcéré pour peu que la tumeur soit volumineuse, il est recouvert d'une croûte ou d'un enduit pullacé formé de pus, de sang, de fibrine. Les bords du chapeau sont recouverts d'épiderme aminci et altéré. Le

pied ou pédicule est tantôt grêle et mince, tantôt court et trapu, presque aussi gros que la tumeur. Pour le mettre en évidence, il faut soulever la tumeur avec les doigts, une pince ou une érigne. On le voit alors émerger d'une rigole circulaire qui le sertit et qu'on a comparée à une collerette. Le fond de ce sillon est baigné par une sécrétion qui peut être fétide (Sabrazès). La peau avoisinante est saine ou présente les caractères de l'inflammation. Dans ces cas seulement, on peut constater quelques ganglions dans le territoire lymphatique correspondant. L'absence d'adénopathies est la règle. La tumeur est molle quand elle est jeune, sa grande vascularité permet de comprendre sa réduction de volume sous une pression prolongée. En vieillissant, elle devient fibreuse, tout au moins élastique, rénitente. La pression est en général peu douloureuse. Mais la section de la tumeur, et surtout celle du pédicule, ne se fait pas sans une vive douleur, ce qui laisse supposer sa richesse en éléments nerveux, chose qui n'a pas lieu de surprendre pour qui connaît la structure de ces tumeurs, où l'on trouve presque toutes les couches de la peau.

La section du pédicule permet de se rendre compte d'une autre particularité de ces tumeurs, à savoir leur richesse vasculaire. Cette section s'accompagne en effet presque toujours d'une hémorragie en nappe très abondante.

Diagnostic. — Le *molluscum* est beaucoup plus pédiculé, il est presque toujours multiple, ne s'ulcère que bien rarement, a une marche tout à fait chronique, une structure spéciale. L'*épithélioma* est toujours sessile, induré, à surface grenue, friable; il saigne beaucoup plus facilement et abondamment que le botryomycome, et infecte les ganglions. Le *sarcome* cutané est souvent multiple et rarement pédi-

culé ; cependant, certaines tumeurs présentées comme botryomycome, et qui ont récidivé après ablation, étaient probablement de nature sarcomateuse.

Le papillome se différenciera pas son aspect verruqueux, hérissé de papilles.

Toutes les tumeurs précédentes sont, en somme, faciles à distinguer du botryomycome.

Il y a lieu de faire le diagnostic avec les *bourgeons charnus de la peau*, tumeurs conjonctives, embryonnaires, qui se rattachent à la cicatrisation des plaies, coupures, piquûres, panaris. Lorsque les bourgeons charnus naissent d'une plaie étroite, ils peuvent prendre la forme d'un champignon. tels les prétendus polypes qui accompagnent les suppurations chroniques de l'oreille. Lorsque le bourgeon charnu est exposé à l'air, il peut prendre un aspect qui le rapproche tellement du botryomycome que, pour le professeur Jaboulay (de Lyon), il peut n'y avoir aucune différence clinique entre le botryomycome le plus typique et le plus vulgaire bouton charnu ; le diagnostic ne serait possible qu'au laboratoire. Cette opinion nous paraît un peu exagérée, les symptômes que nous avons soumis plus haut paraissant assez caractéristiques.

Marche, Durée, Terminaison. — La marche de ces tumeurs est rapide, comme celle des tumeurs inflammatoires. Presque toutes les tumeurs observées s'étaient développées en quelques mois. Que deviendraient-elles, si elles étaient livrées à elles-mêmes ? Il nous est impossible de le dire, puisque toutes ont été traitées chirurgicalement.

Traitement. — Le seul traitement qui leur convienne, c'est l'ablation pure et simple, que celle-ci soit faite à l'ins-

trument tranchant ou par tout autre moyen. Le moyen le plus simple consiste à abraser la tumeur d'un coup de bistouri ou de rasoir et à détruire son point d'implantation. Si la région s'y prête, on hâtera la guérison en excisant en même temps la zone d'implantation et mettant un point de suture. Tout autre procédé que l'ablation échoue à peu près sûrement. Les cautérisations incomplètes, les applications humides (cataplasmes), augmentent la vitalité de ces tumeurs. Il faudra donc s'efforcer de faire une *ablation complète*. A cette condition seule, la guérison est certaine, mais aussi elle est définitive. La récurrence n'a jamais été observée avec les vrais botryomycomes, et les seules récurrences qui aient été rapportées concernaient sûrement des tumeurs malignes.

Anatomie pathologique. — A la coupe, la tumeur apparaît de consistance ferme, d'autant plus dure qu'elle est plus ancienne et qu'on approche plus du pédicule. Celui-ci présente l'aspect du tissu fibreux. Les auteurs notent parfois sa coloration nacrée. Dans un de nos cas, il présentait par place une coloration ocreuse. Les faisceaux qui le composent s'implantant perpendiculairement sur le point d'implantation et de là irradiant en forme d'éventail vers la tumeur, cet aspect visible à l'œil nu et encore mieux à un faible grossissement, est noté par presque tous les observateurs. Entre les faisceaux fibreux se trouvent des cellules embryonnaires d'autant plus abondantes, que la tumeur est plus jeune ; à mesure que la tumeur vieillit, l'élément embryonnaire fait place au tissu fibreux. Dans l'intérieur de la tumeur et surtout dans les couches superficielles, on voit de nombreuses cavités que la plupart considèrent comme des vaisseaux sanguins ou lymphatiques, mais que M. Dor croit être des tubes de glandes sudoripares.

Le revêtement cutané de la tumeur n'existe qu'au niveau du pédicule et se prolonge plus ou moins sur les bords. Il n'est complet que sur les tumeurs très jeunes, qui font une saillie peu accentuée. Dans la peau qui avoisine le pédicule, on note des modifications dans la couche cornée et la couche malpighienne de l'épiderme. On note également une hypertrophie notable des papilles et des glandes sudoripares. Au niveau du pédicule, les altérations de l'épiderme s'accroissent et bientôt, à mesure qu'on approche du sommet de la petite tumeur, tout revêtement épithélial disparaît.

La convexité de la tumeur, abritée sous la couche de pus et de sang, est formée uniquement de tissu embryonnaire riche en néo-vaisseaux. C'est dans cette couche superficielle qu'on rencontre les fameux *botryomyces* ou amas mûri-formes, sur la signification desquels on n'est pas bien d'accord. Il faut dire cependant que ces éléments caractéristiques ne se rencontrent pas avec la même abondance dans toutes les tumeurs. Ils sont d'autant plus nombreux que celles-ci sont plus anciennes. C'est ce qui explique qu'ils peuvent manquer dans les très jeunes.

Bactériologie. — A l'examen des coupes, on trouve de nombreux amas microbiens dans les différentes couches de la tumeur. Parfois, les micro-organismes n'existent que dans la couche périphérique de la tumeur, et particulièrement dans la croûte fibreuse et purulente qui les recouvre, tantôt on les retrouve dans toutes les parties de la tumeur, et particulièrement dans le pédicule. M. Dor insiste sur leur abondance dans les glandes sudoripares.

MM. Dor et Poncet n'ont trouvé qu'une seule espèce microbienne qui pour eux est le botryocoque de Rabe différant du staphylocoque.

M. Brault (d'Alger), n'a trouvé qu'un seul microcoque qui a toutes les propriétés du staphycocoque.

D'autres auteurs ont trouvé des microbes divers.

MM. Savariaud et Deguy, à qui nous avons emprunté la plus grande partie de cet article, se livrent à une longue dissertation sur les caractères du microcoque qui se rencontre dans cette affection et arrivent à conclure à la non spécificité de la botryomycose qui ne serait qu'une variété de staphylococcose aboutissant à la formation de bourgeons charnus, véritable néoplasie inflammatoire pédiculée de la peau.

M. Delore, qui publie deux nouvelles observations de botryomycose, soutient, au contraire, l'opinion opposée à celle de MM. Poncet et Dor.

Nous pourrions, en terminant, dire comme M. Cadéac, à la Société Nationale de médecine de Lyon : « Que la cause des botryomycomes soit un staphylocoque un peu modifié, ou bien un parasite tout différent du staphylocoque, il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit là d'une affection parasitaire ayant cliniquement des caractères spéciaux, et qu'il faut lui consacrer un nom spécial. »

D^r MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

DE L'ALLAITEMENT

La nature produisant autant de nourrices que de mères, l'allaitement ne devient un problème que dans les sociétés amollies par les progrès d'une civilisation malsaine.

Nous disions que la nature produit autant de nourrices que de mères, et cependant, en 1901, il est né 827.000 enfants, sur lesquels 289.450 seulement ont été nourris au sein et 537.550 privés du sein maternel; par conséquent, 537.550 ont manqué à leur devoir. D'où une mortalité considérable des nouveau-nés, sans compter les misères et les infirmités sans nombre dont sont atteintes les femmes qui ne nourrissent pas.

L'article 8 de la loi Roussel a eu pour but de porter remède au délaissement des enfants par les nourrices mercenaires. Cet article 8 porte que nulle femme ne pourra être nourrice sur lieux si son enfant, étant vivant, n'est pas âgé d'au moins 7 mois, ou nourri au sein dans son pays.

C'est cet article de loi qui a donné lieu, à l'Académie, à une discussion des plus passionnées et dont nous allons rendre compte, en nous efforçant d'examiner cette importante question, sans nous laisser entraîner à aucune exagération.

I. — MM. Porak et Budin considèrent l'art. 8 de la loi Roussel comme inapplicable (il n'a, du reste, jamais été appliqué). Ils trouvent le terme de 7 mois, imposé comme limite à l'âge de l'enfant de la nourrice mercenaire, beaucoup trop élevé, parce que, d'une part, les familles, et souvent les médecins, ne veulent pas d'un lait aussi vieux et que, d'une autre part, les femmes pauvres et surtout les filles-mères, ne peuvent attendre 7 mois pour gagner leur vie et celle de leur enfant. MM. Porak et Budin, proposent de fixer à 3 mois, au lieu de 7, l'âge de l'enfant de la nourrice mercenaire.

Ils apportent, pour soutenir cette opinion, les raisons suivantes : c'est d'abord que la grande mortalité des en-

enfants nouveau-nés se produit surtout pendant les trois premiers mois; ainsi, en 1895, il est mort, en France, 4.341 enfants dès les 4 premiers jours; 1.738 jusqu'au 9^e jour; 1.210 âgés d'un mois; 638 le 2^e mois; 490 le 3^e mois, et seulement 311 par mois jusqu'au 6^e mois.

La seconde raison invoquée par MM. Porak et Budin, c'est qu'en somme cet art. 8 n'a jamais été appliqué et qu'il est préférable de faire une concession qui, tout en garantissant, d'une manière très sérieuse, la vie des enfants de la nourrice mercenaire, permette à celle-ci d'exercer son industrie.

II. — Le professeur Pinard représente l'opinion intransigeante; et, en somme, comme il l'avoue, il luttera avec une énergie inlassable pour que « les enfants pauvres puissent rester près de leur mère pendant leur première année (p. 483). ce qui, il faut bien le dire, serait la suppression totale de l'allaitement mercenaire.

Le lait de la mère, dit Pinard, appartient à son enfant, et il ne lui est pas plus permis d'en faire trafic que de vendre le sang de cet enfant pour faire une transfusion. On trouvera peut-être que M. Pinard fait, ici, du sentiment. La cause qu'il défend est assez juste pour se passer de cet ordre d'argument. Aussi arrivons, maintenant, aux faits, c'est-à-dire à la mortalité énorme qui sévit sur les enfants des nourrices mercenaires.

Le Dr Monot s'exprime ainsi : « De 1858 à 1870, dans le canton de Montsauche, sur 3.950 femmes accouchées, 2.710 quittèrent le pays pour aller se placer comme nourrices; 779 des enfants de ces mères sont morts dans un laps de temps qui a varié de 8 jours à 3 mois, soit 33 %.

Pendant la guerre, aucun départ de nourrice, mortalité des enfants : 17 % (p. 388). »

Dans une autre déposition, le D^r Monot dit : « Dans les 9 premiers mois de l'année 1873, il y a eu, dans le canton que j'habite, 272 naissances. Déjà, 152 mères sont parties pour nourrir sur lieux et déjà 72 de leurs enfants sont morts! Quant à ceux qui ne meurent pas, ils se développent dans des conditions telles que dans le Morvan, où règne l'industrie nourricière, la proportion des conscrits est de 31 % (p. 389). »

J'ajoute que, dans un de ses discours, le D^r Pinard a fait connaître le fait suivant : « On ne peut plus trouver de nourrices dans la Nièvre, dans le Morvan, par cette raison très simple, que l'émigration des nourrices a dépeuplé ces régions (p. 487). »

Ainsi, des faits que nous venons d'exposer, il résulte que la mortalité des enfants est augmentée de moitié à la suite de l'abandon de ces enfants par leurs mères, parties comme nourrices sur lieux, et qu'en dernier résultat, les populations des pays qui fournissent ces nourrices subissent un amoindrissement tel qu'on ne trouvera bientôt plus ni soldat, ni nourrice.

III. — Le D^r Guéniot, avec sa grande expérience et son bon sens accoutumé, a émis des idées qui marquent une transition entre les deux opinions extrêmes. Il est pour l'allaitement mixte, c'est-à-dire l'allaitement par la mère pendant le 1^{er} mois, et par la mère, aidée du lait stérilisé pour la fin de l'allaitement.

Il est très certain que cette méthode donne d'excellents résultats et pourrait, presque toujours, éviter l'appoint de la nourrice mercenaire. Mais, les mères, de nos jours, sont trop inférieures à leurs devoirs, pour accepter courageusement les fatigues et les assujettissements de la nourrice.

Comme conclusion à cette longue discussion, l'Académie de Médecine, donnant raison au professeur Pinard, a maintenu l'article 8 de la loi Roussel, en le rendant plus concis par la suppression du paragraphe qui permettait à la nourrice de faire donner le sein à son enfant par une femme de son pays; ce paragraphe, en effet, n'était qu'un subterfuge pour tourner la loi. Voici le nouveau texte proposé par l'Académie : « Toute personne qui veut se placer nourrice sur lieux est tenue de se munir d'un certificat du maire de sa commune, indiquant si son dernier enfant est vivant ou décédé, et s'il est vivant, constatant qu'il est âgé de 7 mois révolus (p. 493). »

L'Académie, considérant que le dénuement de certaines mères les oblige à se placer comme nourrice, au grand détriment de leurs enfants, émet le vœu :

« Que des secours d'allaitement soient institués en faveur des mères, au sujet desquelles il sera établi que le défaut de ressources leur rend impossible l'allaitement de leur enfant (p. 493). »

Nous n'hésitons pas à reconnaître que dans cette discussion, le professeur Pinard a défendu la vérité sur cette question de l'allaitement. Il est incontestable que le devoir strict de chaque mère est de nourrir son enfant et que nul n'a le droit de trafiquer d'un lait qui ne lui appartient pas. Ce que le professeur Pinard n'a pas assez remarqué, c'est que, dans notre société, il y a des mères qui n'ont pas de lait, d'autres qui sont malades et ne peuvent nourrir; qu'enfin, il y a des enfants atteints d'affections aiguës ou de débilité chronique qui exigent l'allaitement au sein. Dans ce conflit de droits et de devoirs opposés, quel conseil donnerons-nous ?

La mère riche ou dans une situation aisée, dont l'enfant

est sain et bien constitué, si elle n'a pas suffisamment de lait, s'aidera avec l'allaitement mixte, si elle n'a pas de lait du tout, ou si elle ne veut pas nourrir, elle élèvera son enfant au lait stérilisé, méthode qui, lorsqu'elle est appliquée dans toute sa rigueur, donne d'excellents résultats.

La nourrice mercenaire sera réservée pour les enfants malades ou débiles, quelle que soit leur position sociale.

Aux *Enfants assistés*, comme les nourrices mercenaires sont autorisées à garder leurs enfants avec elles, les inconvénients d'abandon d'enfant n'existent pas.

Quant aux riches, on devrait exiger qu'ils gardent chez eux l'enfant de la nourrice. Dans tous les cas, si l'usage de la nourrice mercenaire est réservé au seul cas de maladie des enfants, le nombre de ces nourrices deviendra infime et les conséquences déplorables que nous avons signalées cesseront d'exister.

Du reste, l'exécution de la loi Roussel a déjà diminuée considérablement le nombre des nourrices. Nous espérons qu'elle le diminuera encore et que cette industrie finira par disparaître.

DU TÉTANOS CONSÉCUTIF AUX INJECTIONS GÉLATINÉES.

Depuis plusieurs années déjà, on avait signalé des cas de tétanos mortel, à la suite d'injections de sérum thérapeutique. Dans la séance du 7 avril, M. Chauffard, à propos d'un mémoire de MM. Lop et Murat, de Marseille, a rapporté 19 cas de mort par tétanos aigu, causé par des injections de solution gélatinée. Si on ajoute un cas signalé par M. Dieulafoy, dans la séance du 12 mai, et 3 autres cités pendant la discussion, on arrive au chiffre total de 23 morts, résultat d'une thérapeutique, qui, nous le démontrerons tout à l'heure, pouvait si souvent être remplacée

par des médicaments aussi héroïques et dénués de tout danger.

Le tétanos dû aux injections de solution gélatinée, a une marche suraiguë, et, jusqu'ici, s'est constamment terminé par la mort.

Un fait, en apparence paradoxal, et qui mérite toute notre attention, c'est que l'action tétanigène des solutions gélatinées n'est pas constante. Ainsi, notre excellent collègue, le Dr Lancereaux, qui, depuis de longues années, traite avec succès les tumeurs anévrysmales par des injections de solution gélatinée, n'a jamais observé le cas de tétanos, et, ce qui est plus remarquable encore, c'est que le même liquide gélatiné, détermine le tétanos chez certains malades et est inoffensif chez d'autres. Nouvelle preuve de la vérité de la grande loi étiologique des *prédispositions définies*, formulée par notre maître J.-P. Tessier, il y a plus d'un demi-siècle.

Je rappelle qu'il ne subsiste aucun doute sur la source du tétanos développé à la suite des injections de solution gélatinée. Les examens microscopiques, les cultures et les expériences sur les animaux ont démontré que la solution gélatinée contenait le microbe de Nicolaïer.

L'Académie s'est demandée, avec juste raison, quelle mesure il était sage de prendre vis-à-vis de cette éventualité terrible, qui change un moyen véritablement efficace de guérison en un instrument certain de mort. Elle s'est rappelée l'axiome *ne occides* et elle s'est appliquée à empêcher le médecin d'être homicide.

M. Dieulafoy a émis une opinion radicale : c'est la suppression absolue de l'emploi des solutions gélatinées. A propos du cas de tétanos mortel développé dans le service, à la suite d'une injection de solution gélatinée, il écrit : « Je ne le prescrirai jamais... (p. 640). »

Des esprits chagrins, toujours prêts à faire appel au bras séculier, ont proposé de décider « que la préparation des sérums gélatinés n'est pas libre et qu'elle doit être soumise aux lois et règlements qui régissent la préparation des sérums thérapeutiques (Chauffard, p. 556). »

Cette opinion a été combattue victorieusement par MM. Nocard et Brouardel qui ont fait observer, avec juste raison, qu'il n'y avait qu'un moyen d'assurer l'inocuité des solutions gélatinées : c'était de les stériliser pendant une demi-heure, à la température de 115 degrés; que cette mesure devait être inscrite dans le Codex et servir de règle aux pharmaciens chargés de délivrer ces solutions.

Il est important de remarquer que toutes ces précautions ne sont nécessaires que dans les cas où les injections gélatinées doivent être pratiquées à des malades déjà affaiblis par la maladie ou par des hémorragies abondantes, puisque les anévrismatiques n'ont jamais éprouvé d'accident.

Je terminerai en protestant contre cette manie des médecins d'employer, sans un examen suffisant, les médications nouvelles, surtout quand les anciennes sont largement suffisantes. Pour ma part, l'ipécacuanha, le mille-feuille, le ledum palustre et l'aconit m'ont toujours permis d'arrêter les hémoptysies; l'hamamélis suffit pour guérir les hémorragies hémorroïdaires sans opération chirurgicale, le seigle ergoté et la sabine sont des remèdes énergiques dans les métrorrhagies; l'ipéca encore et l'acide phosphorique arrêtent la plupart des hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde; enfin, les injections de sérum physiologique, à dose de 500 à 1.000 grammes, constituent un moyen héroïque pour guérir les hémorragies, que ces injections soient faites dans le tissu cellulaire ou dans les veines.

DE L'ABLATION DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES COMME MOYEN
CURATIF DE L'OSTÉOMALACIE.

Un mot seulement sur la communication de M. Fochier, dans la séance du 14 avril.

L'ostéomalacie est une maladie fort rebelle, qui s'aggrave considérablement dans l'état de grossesse et que, depuis Fehling, on a souvent guérie par l'ablation des ovaires. Aussi, cette opération est passée à l'état de pratique courante en Allemagne.

Dans le cas de M. Fochier, la malade était arrivée seulement au quatrième mois de la grossesse quand eut lieu l'intervention chirurgicale. L'ablation de l'utérus gravidé et de ses annexes fut suivie d'une amélioration rapide et d'une guérison complète.

M. Guéniot a fait des réserves sur la nécessité de la castration ovarienne dans le cas d'ostéomalacie, et il a rapporté des cas où, avec des soins assidus, il est parvenu, chez des femmes atteintes d'ostéomalacie de la grossesse, à conduire cette grossesse à bon terme et à obtenir, par l'opération césarienne, dans un cas, et la symphyséotomie dans un autre, la guérison complète de la mère et la survivance de l'enfant.

DU SUICIDE DANS LA SYPHILIS, par M. ALFRED FOURNIER.

Que dirons-nous de cette suite d'anecdotes racontées, avec un certain charme, par le professeur Fournier, dans la séance du 19 mai ? Nous ne pouvons mieux faire, pour caractériser cette communication, que de dire, avec son auteur : « A coup sûr, de tous les suicides que nous venons de passer en revue et de catégoriser en quatre groupes, il

n'en est aucun qui, nosologiquement, mérite le nom de suicide syphilitique (p. 662). »

Alors, si le suicide syphilitique n'existe pas, comment le décrire et pourquoi catégoriser ce qui n'a pas d'existence? Ce sont là jeux d'académiciens.

Dans sa première catégorie, le professeur Fournier décrit des suicides survenus chez des névropathes, dont la maladie a pour point de départ une syphilis constitutionnelle. Le suicide de ces cas est un symptôme de la névropathie et non de la syphilis.

Quant aux trois autres catégories, elles peuvent se réduire à une seule, celle des suicides causés par l'annonce d'une grande catastrophe. Que cette catastrophe soit la syphilis, ou la ruine, ou la perte de l'honneur, le mécanisme est toujours le même. Le suicide se produit, le plus souvent, chez des neurasthéniques, mais il se produit aussi dans l'intégrité de la santé et constitue alors un des fruits de l'orgueil.

PROPHYLAXIE DU PALUDISME PAR LA QUININE

par le Dr MICHON. Dr LAVERAND, rapporteur.

La prophylaxie de la fièvre intermittente, par le sulfate de quinine, est connue depuis longtemps. Plusieurs méthodes ont été employées; les unes prescrivent de toutes petites doses, 15 et 20 centigrammes, prises chaque jour; d'autres administrent une dose forte, 1 gramme tous les 6 ou 7 jours. M. Michon s'est arrêté à un troisième procédé. Il donne 70 à 80 centigrammes de chlorhydrate de quinine tous les 3 jours, en 2 fois, 40 centigrammes matin et soir.

M. Michon a pratiqué ses expérimentations en Corse, sur la rive orientale, dans la plaine d'Aléria, pays empesté par le paludisme.

En 1901, pendant la durée des vendanges, du 8 septembre au 1^{er} octobre, M. Michon a fait prendre, aux vendeurs, au nombre de 38, 80 centigrammes de chlorhydrate de quinine, tous les 3 jours, et il n'a eu aucun cas de fièvre intermittente.

En 1902, du 8 septembre au 14 octobre, 35 vendeurs ont reçu chacun 70 centigrammes de quinine seulement, tous les 3 jours. Une femme a présenté un léger accès de fièvre intermittente.

Nous trouvons ce résultat fort beau et nous croyons qu'il y a, dans l'administration des sels de quinine aux personnes qui habitent des pays malsains, un moyen assuré de se préserver de cette maladie.

M. Laveran fait observer, avec juste raison, que la méthode qui consiste à donner 1 gramme de sulfate de quinine tous les 6 ou 7 jours, a un double inconvénient, celui de déterminer des troubles de l'audition et de laisser un trop long espace entre les prises du préservatif. La méthode, qui consiste à administrer, chaque jour, une toute petite dose, semble avoir donné d'heureux résultats, mais n'offre pas autant de garantie que la méthode de M. Michon.

M. Laveran ne pouvait laisser échapper cette occasion d'émettre sa théorie des anophèles, et les bienfaits, cependant contestés, des toiles métalliques pour se préserver des piqûres des insectes. Nous savons que la fièvre intermittente peut disparaître de pays qu'elle a infestés pendant des siècles, quoique les anophèles continuent à y pulluler, et nous nous demandons pourquoi ces moustiques ont cessé de transmettre la fièvre intermittente dans ces pays; mais nous savons aussi que la culture, la modification des sous-sols, le drainage, le dessèchement des étangs, l'endiguement des rivières, sont les

meilleurs moyens de faire disparaître la fièvre intermittente.

DES QUARANTAINES.

La communication que M. le^e professeur Teissier (de Lyon), a fait, à l'Académie, dans la séance du 2 juin, est l'œuvre d'un touriste contrarié, et les réformes, plus ou moins utiles qu'il signale, sont noyées dans un flot de mauvaise humeur. Les quarantaines, dit-il, sont vexatoires, inutiles et dangereuses. Pour vexatoires, la chose est certaine, mais il faut s'en consoler par ce motif que toute mesure qui gêne notre liberté est vexatoire, surtout quand elle est appliquée administrativement. Qualifier les quarantaines de dangereuses, c'est céder à un mécontentement déraisonnable, et nous allons démontrer, avec M. Proust, qu'elles sont loin d'être inutiles.

Le mécontentement du professeur Teissier atteint jusqu'à la déraison quand il nous propose d'accepter le *régime libéral des Anglais*, en fait de quarantaine.

M. Teissier a-t-il donc déjà oublié que c'est grâce à la négligence voulue du gouvernement anglais qu'a été due une des épidémies les plus meurtrières de Marseille. La même légèreté préside encore, aujourd'hui, à l'exécution des mesures destinées à barrer, en Egypte, le passage des maladies pestilentiellles.

Le gouvernement anglo-égyptien, dit M. Proust, refuse de fournir, dorénavant, des fonds pour les mesures d'inspections et de désinfections, au départ et à l'arrivée des voyageurs (p. 785).

L'apparition du choléra en Egypte, en 1883, 1895 et 1901, est due à la négligence du gouvernement anglo-égyptien (p. 788).

En résumé, quand les mesures prescrites sont exécutées en Egypte, le choléra n'y pénètre pas. Mais si les croiseurs chargés d'empêcher les débarquements clandestins négligent leur tâche, si les côtes et les berges du Canal de Suez ne sont pas surveillées, le choléra pénètre en Egypte, et de là menace toute l'Europe et Marseille en particulier.

Du reste, les marchands de Londres ont un tel mépris de la vie humaine, qu'ils ont laissé pénétrer la peste à Bombay en 1896, et qu'elle y règne encore aujourd'hui, en sorte que la mortalité qui était, en moyenne, de 24.000 par an, est montée à 59.000 en 1901.

Le gouvernement anglais ne connaît qu'une chose, la prospérité de son commerce, et le professeur Teissier nous propose de suivre son exemple.

Si les quarantaines ne méritent pas tous les anathèmes du professeur de Lyon, si elles doivent être maintenues, elles doivent aussi être modifiées et perfectionnées. La bactériologie joue un rôle très considérable dans la prophylaxie des maladies pestilentiellles, et cette science nouvelle doit, maintenant, inspirer les règlements qui président aux quarantaines. Ajoutons que l'administration est, depuis plusieurs années, résolument entrée dans cette voie. L'isolement, la désinfection et, pour la peste, les injections préventives de sérum antipesteux, constituent de puissants moyens pour arrêter la transmission des maladies contagieuses.

L'isolement dans les lazarets ne doit pas dépasser la durée connue de l'incubation des maladies pestilentiellles, 5 jours pleins pour le choléra, 9 jours pour la fièvre jaune et la peste.

La désinfection doit s'adresser au voyageur et à tous ses vêtements. Bien entendu que le navire et sa cargaison doivent être soumis à une désinfection complète.

L'injection préventive ne préserve de la peste que pour 15 jours. Le professeur Teissier juge ce moyen suffisant et voudrait qu'on accordât la libre pratique à tout voyageur qui accepterait de subir l'injection du liquide anti-pesteux.

M. Proust fait observer, avec raison, que si le voyageur est en état d'incubation, l'injection n'empêchera par la maladie de se développer et que c'est l'isolement qui est encore de rigueur.

M. Teissier attache une grande importance à la délivrance d'un *passport sanitaire*; c'est une pièce qu'on délivre à un voyageur descendant d'un navire infecté ou suspect. Cette pièce doit être remise au maire de la commune qui tient le malade en observation pendant la durée de l'incubation et fait isoler le voyageur s'il devient malade. M. Proust remarque que les passeports sanitaires sont pure illusion, parce que les voyageurs déclarent de fausses destinations et que, quand ils déclarent la vraie, les maires n'y font aucune attention.

En résumé, l'isolement reste nécessaire pendant toute la durée de l'incubation de la maladie. Les quarantaines doivent donc être maintenues, malgré les désagréments de toutes sortes qu'elles peuvent causer aux voyageurs.

Nous ne saurions mieux faire, pour terminer cet article, que de rapporter la péroraison de M. Proust :

« Messieurs, s'il est facile, au milieu de la sécurité à laquelle les mesures dont on se plaint ne sont d'ailleurs pas étrangères, alors qu'on n'est en butte à aucun péril grave, de les trouver vexatoires, de se plaindre des désagréments qu'elles occasionnent; mais entre les dangers d'une épidémie, et les ennuis d'une quarantaine qui est une exception très grande, l'hésitation est-elle possible? Sans doute, la

vexation est présente et le danger semble lointain, et cependant, dans l'année 1901, il n'y a pas deux ans, le lazaret du Frioul a reçu 16 navires infectés et 27 pestiférés. Mais si même vous l'aviez assez oublié, ce danger, pour vouloir supprimer l'une au risque de cesser, du même coup, d'être préservé de l'autre, ceux qui ont la responsabilité de ces mesures savent trop bien que si demain des navires ayant à bord des cas de peste ou de choléra, entraient au port de Marseille, elles seules empêcheraient l'épidémie de s'abattre sur la France. En les supprimant, on ferait, pour la commodité de quelques-uns, courir à tous les dangers les plus graves, et c'est, pour ma part, une responsabilité que je ne conseillerais pas de prendre. »

D^r P. JOUSSET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

- I. — ENDOCARDITE ULCÉREUSE TRAITÉE PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE COLLARGOL SANS SUCCÈS, MALGRÉ LA CHUTE DE LA TEMPÉRATURE. — II. PÉRITONITE TUBERCULEUSE AYANT SIMULÉ UNE CIRRHOSE ALCOOLIQUE. INOSCOPIE POSITIVE, AUTOPSIE CONFIRMATIVE. — III. TROIS CAS DE TÉTANOS GUÉRIS PAR LES INJECTIONS RACHIDIENNES D'ANTI-TOXINE TÉTANIQUE. — IV. SCLÉROSE DIFFUSE SOUS-MUQUEUSE DU GROS INTESTIN. — V. UN CAS DE CANCER LATENT DE L'ESTOMAC A FORME D'ANÉMIE PERNICIEUSE AVEC ANASARQUE. — VI. LEUCOCYTOSE ÉNORME DANS UN CAS D'APPENDICITE A ÉVOLUTION BÉNIGNE. — VII. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE ET DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.

I

(*Séance du 9 octobre*). — M. LE GENDRE, qui avait communiqué dans la séance précédente un cas d'endocardite infectieuse guérie à la suite d'injections intra-veineuses de collargol, publie une nouvelle observation terminée par la mort, malgré l'emploi du même traitement. Du reste, le traitement, qui n'a pu parvenir à amener la guérison de la malade, a eu une action évidente sur la fièvre qui a disparu.

La malade a succombé, malgré cinq injections de collargol à doses de 5 à 8 centigrammes; mais on ne peut manquer d'être frappé, en regardant la courbe thermique, des modifications rapides que la température a présentées dès que le collargol a été employé.

Pendant les dix jours d'observation entre le jour d'entrée à l'hôpital (qui était déjà le neuvième de la maladie) et la première injection, la température a oscillé quotidiennement de 37 à 39° à 39° et 40°6, avec les grands écarts d'une fièvre hectique ou pyohémique.

Après la première injection, la température est ramenée au voisinage de 38°. Elle reprend deux jours de suite les grandes oscillations. Mais deux injections la régularisent de nouveau; enfin, après la cinquième, la maladie a une évolution à peu près apyrétique, malgré la cachexie progressive qui entraîne la mort de la patiente.

L'autopsie nous montre d'ailleurs une tare rénale grave antérieure (un petit rein granuleux), et un état digestif (foie gras, entérite généralisée) qui ne permettait guère à la malade de réagir contre les conséquences de sa septicémie dont le point de départ était bien une endocardite

valvulaire aortique et mitrale devenue végétante et ulcéreuse.

M. Le Gendre insiste sur ce fait que le traitement a été commencé dix-neuf jours seulement après le début des accidents.

II

MM. E. SERGENT et LEMAIRE ont observé un cas de *péritonite tuberculeuse* chez un alcoolique ayant présenté tout d'abord l'aspect d'une ascite chez un cirrhotique.

A son entrée, le 15 août, le malade est oppressé et se plaint de douleurs abdominales ; le ventre est très ballonné ; la peau est lisse, tendue, sillonnée dans la région sus-ombilicale d'un lacer veineux assez apparent ; ascite assez considérable. Les urines sont peu abondantes. L'auscultation des sommets des poumons fait constater un peu d'induration pulmonaire.

Le 17 août, apparition de petits ganglions sous-maxillaires, qui augmentent les jours suivants.

Le 27 août, l'ascite a augmenté, la gêne respiratoire est devenue très pénible ; épanchement pleural peu considérable à gauche. Cette complication et les adénites cervicales font craindre la tuberculose.

Le 1^{er} septembre, ponction donnant 8 litres d'un liquide jaune ; M. Jousset, au moyen de l'inoscopie, y constate le bacille de Koch.

Les jours suivants, l'ascite reparait ; les ganglions périphériques se prennent (aisselle, aine, cou), le diagnostic de péritonite tuberculeuse s'impose de plus en plus.

Le 14 septembre, malgré une seconde ponction, qui n'a produit qu'un soulagement éphémère, le malade meurt

dans le marasme, et l'autopsie vient confirmer les résultats de l'inoscopie.

III

Pour répondre à M. Walther qui disait à la Société de chirurgie, à propos d'un cas de tétanos traumatique guéri par les injections lombaires sous-arachnoïdiennes de sérum antitétanique : « Je crois que l'effet de ces injections a été salulaire, mais je ne voudrais rien conclure de ce fait unique », M. SICARD publie trois observations de tétanos guéri à la suite du même traitement ; deux qui lui sont personnelles et une qui appartient au D^r Dupaigne.

En outre, M. Sicard conseille des injections, qu'il appelle para-nerveuses périphériques, à faire autour des gros troncs nerveux qui se trouvent entre la blessure et la moelle, car les nerfs sont considérés comme servant de véhicule à la toxine.

Voici ses conclusions :

En présence d'un cas de tétanos, je pense qu'avec les lavements de chloral à haute dose et l'isolement au repos, il est légitime d'utiliser parallèlement le sérum antitétanique, suivant la technique suivante :

1° 5 à 10 centimètres cubes répartis plus ou moins profondément tout autour du foyer traumatisé (injections circonscrivantes);

2° 15 à 20 centimètres cubes poussés au contact des les troncs nerveux dépendant de la région lésée (injections para-nerveuses périphériques) ;

3° 15 à 20 centimètres cubes injectés sous l'arachnoïde lombaire, lentement et progressivement. Le sérum devra être chauffé au bain-marie pour le ramener aux environs d'une température de 37, 38 degrés.

Quarante-huit heures après, on pourra pratiquer de nouveau ces différentes séries d'injections aux mêmes doses : les deux premières (*circonscrivantes* et *para-nerveuses périphériques*) pouvant être reprises encore dans la suite, la troisième (*sous-arachnoïdienne*) n'étant plus renouvelée qu'exceptionnellement.

A la séance suivante (16 octobre), M. BÉLIN vient lire une observation de guérison d'un malade traité par le chloral et les injections sous-cutanées de sérum antitétanique.

Nous ferons observer que ces quatre observations paraissent se rapporter à des cas d'intensités moyennes.

A une autre séance (23 octobre), M. GALLIARD lit une observation d'un cas de tétanos grave, terminé par la guérison. Pendant les trente-trois jours de la période d'état passés à l'hôpital, la dose de sérum antitétanique injectée sous la peau a été de 2.380 centimètres cubes, tout près de 2 litres et demi ; la dose d'hydrate de chloral ingérée par les voies buccale et rectale, s'est élevée à 500 grammes. Ces doses énormes ont été parfaitement tolérées.

IV

(Séance du 16 octobre.) -- Sous le nom de *sclérose diffuse du gros intestin*, M. GALLIARD publie une observation très intéressante, qui est surtout une curiosité d'autopsie.

Le 14 juin 1903, un homme de vingt-huit ans est admis dans le service de M. Galliard. Depuis six mois, céphalée, étourdissements, courbature; anorexie et amaigrissement. Depuis trois semaines, douleurs gastriques, vomissements de bile ; diarrhée jaune, fétide, melœna, épitaxis.

Le malade a l'apparence d'un cholérique: cyanose, pros-

tration, refroidissement des extrémités; température rectale 34,3. Urine rare, 2 grammes d'albumine par litre. Craquements humides au sommet droit.

Le 17 juin, hématomèse, hoquet, langue sèche, diarrhée.

Les jours suivants, collapsus et mort le 21 juin.

A l'autopsie, tuberculose des sommets; néphrite parenchymateuse.

L'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin jusqu'à l'angle gauche du colon sont normaux; au niveau de l'angle gauche du colon, on remarque que le gros intestin change de volume, de couleur et de consistance : à partir de cette région et dans la dernière partie de son trajet, il affecte la forme d'un tube cylindrique de volume réduit, de coloration blanche nacrée; il est rigide, et ses parois, difficilement dépressibles, ont une consistance presque cartilagineuse. Ces caractères sont d'autant plus accusés qu'on se rapproche davantage du rectum.

La séreuse qui recouvre cette portion du gros intestin est absolument saine; en aucun point elle ne présente d'adhérences avec les organes voisins.

Ce segment est également enlevé de l'abdomen; on peut constater alors que tout le colon descendant, le colon iléopelvien et le rectum présentent les caractères que nous avons décrits.

Le tube intestinal étant extrait en son entier, on injecte de l'eau dans le duodénum; elle remplit et dilate tout l'intestin grêle, les colons ascendant et transverse, mais s'arrête à l'angle gauche qui constitue un obstacle infranchissable.

L'intestin est sectionné en entier à l'entérotome; l'intestin grêle est absolument normal; les colons ascendant et

transverse sont remplis de matières, mais ne présentent pas d'altérations appréciables.

La section du colon descendant est difficile; les parois résistent aux ciseaux, surtout lorsqu'on se rapproche du rectum.

Cette portion intestinale, une fois incisée longitudinalement, ne se laisse pas étaler et conserve exactement sa forme cylindrique primitive; elle est absolument vide de matières et l'on constate de plus qu'il n'existe pas d'obstacle réel au niveau de son extrémité supérieure. Après lavage, on s'assure que la muqueuse dans toute cette région est intacte: son apparence est normale; il n'y a pas trace d'ulcérations récentes ou anciennes.

Cette portion sclérosée, partant de l'angle gauche du colon et s'étendant jusqu'à l'anus, présente une longueur totale de 37 centimètres. La circonférence sensiblement uniforme n'est que de 6 centimètres au lieu de 12 centimètres pour la portion saine; elle augmente au niveau de l'ampoule rectale dont le pourtour mesure 10 centimètres.

La paroi, normale en deçà de l'angle gauche, s'épaissit progressivement à partir de ce point. De 2 millimètres au début, elle atteint une épaisseur de 5 millimètres dans la région rectale. Enfin, il faut dire que sur toute la longueur de ce segment, les bandes musculaires ont sensiblement leur aspect normal.

A l'examen microscopique, on constate que la muqueuse est normale; au-dessous d'elle, et séparée par du tissu cellulaire lâche, se trouve une épaisse couche constituée par un enchevêtrement extrêmement dense de fibres conjonctives. Ce tissu conjonctif fibreux occupe une épaisseur beaucoup plus considérable que les autres tuniques; à la périphérie de cette couche se trouve la tunique musculieuse

repoussée à l'extérieur et dissociée légèrement en certaines régions.

V

(Séance du 23 octobre). — MM. EMILE SERGENT et M. LEMAIRE, lisent une observation de *cancer latent de l'estomac, à forme d'anémie pernicieuse avec anasarque*.

En voici le résumé :

Une femme de soixante-huit ans entre le 2 septembre dernier à l'hôpital Saint-Antoine: anasarque généralisée, avec dyspnée très vive; téguments très œdématiés, extrêmement pâles, muqueuses décolorées; l'interrogatoire est rendu très difficile par la dyspnée et un état de torpeur intellectuelle; cependant, on apprend que la malade a commencé à maigrir et à perdre ses forces il y a deux mois, à la suite d'un chagrin et que l'œdème a commencé il y a huit jours; l'auscultation montre un peu d'œdème pulmonaire, un cœur un peu volumineux, sans lésions appréciables, le foie un peu gros; les urines sont pâles, peu abondantes, albuminuriques. Pensant à un mal de Bright, on prescrit le régime lacté et on saigne la malade.

Le lendemain, la malade est mieux et plus lucide: elle raconte que deux mois auparavant, elle a eu un vomissement noirâtre; depuis, anorexie et léger dégoût pour la viande. On porte le diagnostic de cancer de l'estomac, en raison de l'amaigrissement, de la teinte légèrement jaune paille des téguments, de l'hématémèse survenue deux mois auparavant, de l'anémie profonde, tout en faisant des réserves par la possibilité du mal de Bright.

L'examen du sang montre de l'hydrémie; une augmentation des globules blancs (polynucléaires 65 p. 100; éosinophiles 6; petits mononucléaires 12 et gros mononucléai-

res 17); globules rouges irréguliers (quelques globules à noyaux, quelques globules géants).

La mort survient quelques jours après et vient confirmer le diagnostic: l'estomac, légèrement dilaté, est le siège d'un cancer sur la petite courbure; cancer non ulcéré du diamètre d'une pièce de 5 francs (épithélioma cylindrique à type glandulaire); quelques noyaux secondaires dans le foie. Les reins sont légèrement altérés.

VI

Les recherches modernes paraissent avoir établi que l'augmentation des globules blancs est un phénomène à peu près constant dans l'appendicite, que les variations sont en rapport avec la virulence plus ou moins grande de la phlegmasie appendiculaire et qu'elle atteint son maximum d'intensité et de durée dans les cas où il y a formation de pus. (Curschmann.)

On a donc proposé de chercher, dans l'étude méthodique de la leucocytose, un moyen d'apprécier la gravité de l'appendicite et le degré d'urgence de l'intervention.

M. BARTH vient d'observer un cas qui paraît devoir être interprété contre cette théorie.

Il s'agit d'un cas d'appendicite à évolution bénigne, ayant eu une marche insidieuse, ayant présenté une leucocytose énorme (60.000 globules blancs); qui a été progressivement en diminuant (49.000; puis 33.000; 13.500; 7.500; enfin, 5.000), diminution régulière suivant exactement l'amélioration des symptômes et tout à fait comparable à celle qu'on observe après l'intoxication chirurgicale.

M. Barth conclut que la recherche de la leucocytose est un moyen de diagnostic de l'appendicite extrêmement utile.

VII

MM. CHAUFFARD et FROIN lisent une observation qui aurait certainement été considérée comme un cas de *méningite cérébro-spinale*, si la ponction lombaire n'était venue démontrer qu'il s'agissait d'une *hémorragie méningée*.

Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans qui, le 27 juin, en pleine santé, pendant une période mensuelle, est prise après son diner, brusquement, d'une céphalalgie violente avec vomissements alimentaires. Dans la nuit, cette céphalalgie augmente, elle empêche le sommeil et arrache des cris.

Dès le lendemain, 28 juin, l'état douloureux restant aussi intense, on la transporte à l'hôpital. A son arrivée, elle est parfaitement consciente et peut répondre aux questions. Ses traits sont un peu contracturés; les pommettes sont colorées et la tête légèrement renversée en arrière. Le mal de tête est atroce, surtout marqué au niveau des deux régions temporales, avec un point très douloureux vers le milieu de la suture fronto-pariétale droite: c'est une douleur gravative, avec élancements extrêmement douloureux, marqués par les cris de la patiente, et qu'on exagère quand on lui remue la tête ou quand on l'asseoit. Dans les moments de calme, elle est somnolente.

Il existe une raideur généralisée, et la palpation des masses musculaires du cou est extrêmement douloureuse. Quand on asseoit la malade, les mouvements provoqués dans le rachis sont très pénibles, et on constate que le signe de Kernig se caractérise non seulement par la flexion invincible des jambes sur les cuisses, mais encore par l'intensité de cette flexion qui se maintient invariablement à angle aigu.

On trouve une force musculaire assez notable du côté droit, tandis que les membres du côté gauche sont fortement parésiés. De ce côté, la malade ne peut fléchir la jambe sur la cuisse et l'avant-bras sur le bras qu'en les traînant sur le lit: elle ne peut pas ensuite les ramener à l'extension. Les extrémités distales, pied et jambe, main et avant-bras, sont paralysées; les muscles de la cuisse et du bras sont seulement parésiés. Il n'y a pas de paralysie faciale ni de déviation de la langue.

Il existe une exagération légère des réflexes rotuliens. Le signe de Babinski se fait en extension des deux côtés, surtout à gauche. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

Du côté des yeux, il n'y a pas de strabisme ni de ptosis. On constate seulement un léger myosis, avec pupilles égales et réflexes pupillaires normaux.

Nous provoquons une apparition rapide de la raie vasomotrice: elle est très prononcée et dure quelques instants. Le pouls = 80. La respiration, régulière, = 24. La température = 38°7.

On ne décèle rien au cœur ni aux poumons. La langue est saburrale et un peu sèche. Les vomissements ne se sont pas reproduits depuis la veille.

Le diagnostic est hésitant, mais une ponction lombaire donne issue à un liquide céphalo-rachidien hémorragique, dont les caractères permettent d'affirmer le diagnostic d'hémorragie méningée. La ponction atténue un peu les douleurs de la malade.

Les jours suivants, la céphalée va diminuant progressivement, ainsi que les douleurs du cou et du rachis; le signe de Kernig s'atténue aussi.

Le 23 juillet, après un retour graduel des forces, la malade peut se lever seule et marcher, mais le pied gauche

traîne un peu sur le sol. Il existe toujours une exagération très notable des réflexes rotuliens, avec trépidation épileptoïde plus marquée à gauche. Le réflexe de Babinski se produit constamment en extension à gauche et à droite.

Dans les jours suivants, la parésie diminue, la marche devient facile, et la malade quitte l'hôpital le 30 juillet. dans lesquelles on a rencontré les éléments du sang en quantité rapidement décroissante.

Il a été pratiqué chez la malade six ponctions lombaires.

M. Chauffart fait remarquer que, sans la ponction lombaire, les signes cliniques auraient bien plus fait penser à une méningite cérébro-spinale qu'à une hémorragie méningée.

C'est, qu'en effet, tout significatifs qu'ils paraissent, ces différents symptômes sont loin d'avoir une signification pathognomonique. Il y a lieu de distinguer dans le tableau clinique de la méningite cérébro-spinale *deux séries symptomatiques*.

La *première série* comprend les réactions douloureuses (céphalée, rachialgie, paroxysmes douloureux), les phénomènes d'hypertonie musculaire (contracture de la nuque, signe de Kernig), les signes de lésions en foyer (hémiplegie, monoplégie, répercussions pyramidales secondaires).

Tous ces signes peuvent se rencontrer aussi bien dans l'hémorragie sous-arachnoïdienne que dans la méningite cérébro-spinale, et notre observation le démontre.

La fièvre peut également être un trait commun aux deux processus.

M. Chauffart ne connaît qu'une seule observation analogue à la sienne, c'est une observation de M. Macaigne (1) qui avait succédé à un traumatisme.

Dr MARC JOUSSET.

(1) *Médecine moderne* 1902, p. 195.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

LE RADIUM.

Ce nouveau venu, le plus rare et le plus étrange de tous les métaux, dont une tonne de Pechblende (oxydure d'urane) ne contient qu'un décigramme sous forme de bromure ou de chlorure, a été découvert par le physicien français Philippe Curie et sa femme. Il a démontré que le Radium émet des rayons lumineux et aussi des particules de sa substance. D'où l'on admet que l'atome pondérable de Radium, que nous pouvons envisager comme chargé d'électricité, n'est nullement stable et dégage une ou plusieurs parcelles de lui-même, en même temps qu'il possède une température de 3 degrés centigrades au-dessus de l'air ambiant. Le professeur Curie démontre que les émanations de Radium éclairent un écran de sulfure de zinc ou de cyanure de platine.

Le Radium émet des rayons de plusieurs sortes; et, en outre, le professeur Curie a découvert des émanations gazeuses ayant le pouvoir de rendre rayonnants les autres corps, qui, cependant, perdent peu à peu ce pouvoir. Les rayons émanant du Radium sont de trois sortes : 1° les rayons *alpha*, analogues aux atomes chargés d'électricité positive; ce sont les moins nombreux et les moins pénétrants. Les rayons *bêta*, que l'aimant peut faire dévier, rayons cathodiques ou chargés d'électricité négative ; et 3° quelques rayons *gamma* sur lesquels l'aimant n'agit pas.

L'action physiologique de ce métal est une irritation de la peau, et même la paralysie. Un médecin russe a parlé de

l'action du Radium sur la faculté visuelle; mais ces affirmations demandent confirmation.

Les théories appuyées sur les phénomènes que produit ce corps nouveau et ayant trait à l'évolution de la matière et les transformations des éléments peuvent au moins servir à élargir et approfondir l'horizon de nos opinions courantes et à rendre encore plus acceptables les effets des substances infiniment divisées de l'homœopathiesur le réactif par excellence que nous fournit le système nerveux de l'homme.

QU'EST-CE QUE LE CÉDRON ?

C'est la semence d'une plante sud-américaine, le Simarouba-Cedron, qui croît dans les Guyanes et la Nouvelle-Grenade, où on l'emploie contre les fièvres intermittentes. Mais sa réputation vient surtout de sa vertu contre la morsure des animaux venimeux, et les indigènes en portent toujours une prise avec eux.

La principale caractéristique de Cédron est l'intermittence comme chronométrique des symptômes; fièvres à accès rigoureusement réguliers. La face devient rouge et chaude, avec soif pour les boissons chaudes. Sueur abondantes. Le frisson est précédé d'excitation. Fièvre dans les pays bas et marécageux, pendant la chaleur, sous les tropiques. Faiblesse générale, abattement, impuissance, tremblement. Lassitude après le coït (chorée chez les femmes, névralgie chez l'homme). Crampes épileptiformes pendant les époques. Sensation de gonflement ; engourdissement général. Convient aux sujets lascifs, et excités, surtout aux femmes. Aggravation par le sommeil, le lit, la nuit, l'air libre, la tempête, l'état fébrile des personnes retour des tropiques. Amélioration par la station debout.

Halbert cite le cas d'un soldat atteint de malaria avec retour périodique régulier des accès, hypertrophie notable du foie et de la rate, anémie extrême, gastralgie intermittente pendant le paroxysme de la fièvre. Il y avait, en outre, une série de symptômes nerveux : mouvements choréiformes, surtout de la face et des épaules, très marqués durant l'apyrexie, spasmes hystériques débilitants; excitation et irrégularité du cœur. Après l'échec de tous les autres remèdes, Cédron donna une amélioration au bout de trois semaines. Par la rapidité de l'action, il rappelle Bellad. Un grand nombre de symptômes se montrent à gauche, mais du côté droit, la tête, la face, le coude et le deltoïde sont affectés. Cédron est l'antidote de Lachésis; il est lui-même antidoté par Lachésis et Belladonne.

Il s'est montré efficace dans les névralgies périodiques, notamment de l'iris, dans la névralgie ciliaire gauche qui accompagnait la fièvre intermittente. Dans la névralgie du trijumeau, Cédron est d'autant plus utile que les intermittences sont plus régulières. (*Allg. hom. Zeit.* oct. 1903.)

P. PICARD.

MÉDECINE PRATIQUE

PREUVES DE LA CURABILITÉ DES APPENDICITES SANS OPÉRATION

Un certain nombre de chirurgiens, et même de médecins, le professeur Dieulafoy, entre autres, estiment qu'il est impossible de guérir radicalement les appendicites par le traitement médical et que l'opération s'impose toujours.

Cette opinion est en contradiction avec les faits. Personnellement, je pourrais citer une dizaine de malades atteints

d'appendicites dûment constatées, indéniables, qui ont guéri après une seule crise, même grave et longue; guérisons qui durent depuis plusieurs années. Le diagnostic a été contrôlé par des chirurgiens expérimentés; dans un cas, M. Lucas-Championnière, qui n'était pas alors aussi interventionniste qu'aujourd'hui, dans trois cas, le professeur Berger, dans un cas, le D^r Walther, etc.

Or, voici une preuve irréfutable (1), qui montre la possibilité de ces guérisons. MM. Tuffier et Marchand (Paris, Naud, édit., 1902) viennent d'établir la fréquence des lésions appendiculaires chez des sujets qui ont succombé à toute autre maladie. Dans une série de 60 autopsies, ils ont relevé 22 fois des signes de lésions appendiculaires anciennes. Tantôt l'appendice seul est touché (atrophie, hypertrophie, oblitération); tantôt il n'existe que de la péri-appendicite; tantôt (dans 1/5 des cas) l'appendice est malade et entouré d'adhérences épaisses, solides, avec atrophie du cœcum. Une violente inflammation semble avoir été le point de départ de ces dernières lésions. « Peut-être, disent les auteurs, s'agit-il d'une appendicite vraie, aiguë, chirurgicale, guérie spontanément ». Pareille opinion comporterait une conséquence immédiate. Puisque des appendicites chirurgicales guérissent spontanément et dans des circonstances si fréquentes, pourquoi faire de cette maladie qui guérit spontanément une affection tributaire d'une intervention opératoire toujours indispensable? Le malade se rétablit avec le seul concours de la médication interne, donc nul besoin du bistouri. Mais MM. Tuffier et Marchand ne l'entendent pas ainsi. De ce qu'ils trouvent à l'autopsie nombre d'appendicites anciennement malades et cicatrisées sur des sujets morts d'affections banales, ils ne concluent pas à la bénignité des formes cliniques de l'appendicite.

(1) *Journal des praticiens*, 3 janvier.

Il faut opérer l'appendicite, c'est un dogme, dussent les constatations journalières de la clinique et dans le cas présent, de l'amphithéâtre, être en désaccord avec cet intrinsiquant article de foi.

Il nous semble qu'il n'y a rien à ajouter.

D^r MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

LE SIGNE DE KOEPLIK DANS LA ROUGEOLE

Le signe de Koeplik est presque constant et très précocement dans la rougeole. Il acquiert de ce fait une importance toute spéciale au point de vue diagnostic et prophylaxie.

Pour rechercher le signe de Koeplik il faut toujours observer les quelques règles que voici. La figure du jeune malade étant bien dirigée vers le jour, on lui ouvre largement la bouche et on écarte délicatement la muqueuse des joues des arcades dentaires. Il faut bien se garder de faire laver la bouche du malade avant l'examen : l'aspect de l'éruption serait moins net.

On trouvera généralement en face des molaires, très souvent au niveau même de l'embouchure du canal de Sténon; enfin parfois disséminées sur toute la muqueuse des joues et des lèvres, les taches recherchées. Ce sont des macules blanches et bleuâtres, du diamètre d'une grosse tête d'épingle; souvent ces taches sont entourées d'un petit liseré rouge.

On ne confondra pas le signe de Koeplik avec les manifestations de stomatite érythémato-pultacée décrite par Comby; dans cette dernière affection, la muqueuse est recouverte de larges placards rougeâtres.

Le signe de Koeplik est extrêmement important à connaître en raison de sa constance. Le Dr Nikolaus Vucetic (*Allgem. Wien. med. Zeitung*, 46, 47, 1902) l'a retrouvé dans 92 p. 100 des rougeoleux qu'il a observés. Le signe de Koeplik est également un signe précoce, on l'observe de 5 à 2 jours avant l'exanthème. Au point de vue diagnostic comme au point de vue prophylaxie, le signe de Koeplik est donc de première importance. (*Journal des praticiens*, 4 avril.)

TRAITEMENT DU MORPHINISME PAR L'HYOSCINE.

L'hyoscine est un médicament dont M. Pottey (*Med. News*, février 1903) fait le plus grand cas, puisqu'il le déclare aussi utile que le chloroforme ou l'éther en chirurgie. Employée dans près de 400 cas, ce n'est guère que dans deux ou trois cas seulement que le délire ou les troubles psychiques ont persisté quarante-huit heures après la dernière dose. Chez les sujets traités par la méthode, la disparition de tous les symptômes sous l'influence de l'hyoscine, le retour parfait de toutes les facultés mentales sont les faits les plus ordinaires et les plus frappants. L'hyoscine ne peut pas être considérée comme une substance se substituant à la morphine et il n'y a aucune raison de chercher un tel médicament. Elle ne peut être employée pour un usage prolongé. Les souffrances qui résultent de la suppression de la morphine sont tellement diminuées que le malade échappe en réalité à la dépression nerveuse. (*Bulletin général de thérapeutique*, 23 août).

PIQÛRES DE MOUSTIQUES.

Voici un nouveau moyen simple et sûr, dit-on, de calmer la douleur résultant des piqûres de moustiques : répandre de la cendre (surtout fraîche) de cigares et de cigarettes sur l'endroit piqué, y ajouter un peu d'eau (ou de vin, de bière,

de café), et frictionner avec la pâte ainsi formée. L'agent actif de cette pâte est le carbonate de potasse (*Bulletin de thérapeutique*, 23 juillet).

LA DYSENTERIE ÉPIDÉMIQUE, par MM. VAILLARD et DOPTER
(*Annales de l'Institut Pasteur*, 27 juillet 1903.)

Le mémoire de MM. Vaillard et Dopter est presque exclusivement un travail de bactériologie, dont les conclusions seraient qu'on doit admettre deux formes de dysenterie épidémique : l'une caractérisée par une évolution clinique irrégulière, souvent prolongée, avec tendance à la chronicité, ayant pour lésion macroscopique une tuméfaction des tuniques du gros intestin, avec foyer de nécrose étendu d'emblée à toute l'épaisseur de la muqueuse (abcès folliculaires, ulcères déchiquetés et profonds); un dernier caractère propre à cette dysenterie c'est que seule elle donnerait des abcès du foie; l'agent pathogène de cette forme de dysenterie serait une amibe spéciale qu'on rencontrerait non seulement dans l'intestin, mais encore dans les abcès du foie. Enfin, les produits morbides inoculés au chat détermineraient, chez cet animal, une forme de dysenterie analogue à celle observée chez l'homme. D'où nos auteurs concluent qu'on doit admettre une forme de dysenterie exotique imputable à l'action d'un protozaire, à laquelle on doit donner le nom de dysenterie amibienne.

A côté de cette forme, on doit en admettre une autre plus spéciale aux régions tempérées, sans toutefois faire défaut dans la zone tropicale. Dans cette forme, le début est brusque, la marche aiguë, courte et régulière, la guérison ou la mort survenant d'habitude en l'espace de deux septenaires. Les lésions occupent tout le gros intestin, du rectum à la portion terminale de l'iléon; elles sont caractérisées par la

tuméfaction œdémateuse de la membrane muqueuse, qui revêt l'apparence d'un velours mamelonné, d'un rouge sombre. Il existe en même temps une hypersécrétion catarrhale des glandes de Lieberkühn. Des foyers de nécrose qui, dans cette forme, sont d'abord superficiels et localisés à l'épithélium, apparaissent sous forme de taches jaunâtres légèrement déprimées, remplacées plus tard par des ulcérations plus ou moins profondes, à bords plats et à contour irrégulier. Cette forme de dysenterie, qui ne s'accompagne jamais d'abcès du foie, a pour agent pathogène un microbe spécial.

MM. Chantemesse et Widal ont décrit, pour la première fois, ce bacille en 1888. Dix ans plus tard, Shiga traça, d'une manière plus complète, les caractères de ce bacille. C'est un bâtonnet mince, court (1 à 3 u.), à extrémités arrondies, à peine mobile, dépourvu de spores, ne prenant pas le gram; il ne liquéfie pas la gélatine, ne coagule pas le lait, et ne fait pas fermenter les sucres. Par l'ensemble de ses caractères, ce bacille, ainsi que l'a fait remarquer Shiga, « se rapproche beaucoup du bacille typhique », et j'ajoute du bacillum coli qui est comparable, par sa morphologie, au bacille d'Eberth.

Les raisons qui démontrent que ce bacille est bien l'agent pathogène de cette forme de dysenterie, c'est que son existence est constatée chez les dysentériques, qu'on ne le rencontre jamais chez d'autres malades et enfin qu'il a la propriété de s'agglutiner, par le sérum, sur des sujets atteints ou récemment affectés de cette forme de dysenterie.

De ces connaissances bactériologiques se déduisent tout naturellement les pratiques d'immunisation. Mais ici il y a une grande difficulté, c'est que les animaux sont tellement sensibles aux toxines de ce bacille, que la mort rapide peut

être la conséquence d'une inoculation, même discrète. Toutefois, cette immunisation est possible, elle a été déjà réalisée dans plusieurs laboratoires, et il demeure acquis que le sérum des animaux préparés possède des propriétés préventives certaines. Nous sommes donc autorisés à penser que nous posséderons bientôt la sérothérapie de la dysenterie.

SÉROTHÉRAPIE DE LA PESTE, par DUPRAT.

Ce travail, contenu dans le numéro du 25 septembre, manque d'un esprit critique suffisant pour entraîner la conviction : il se résume en une seule prescription : la pratique d'injection de sérum Roux-Yersin à des doses massives. Suivant cet auteur, la dose à employer dépend, non de l'âge du sujet, mais du degré d'infection. Pour arriver à des résultats réellement utiles, il conseille de débiter par de très hautes doses : 200 et 300 centimètres cubes pour la première injection, répétés toutes les 12 heures, en sorte que, dans le traitement d'un malade, on injecte 400, 500, 600 centimètres cubes de sérum.

D'après une statistique reposant sur 45 cas, la mortalité des malades traités par des injections inférieures à 100 centimètres cubes est de 31,25 %, tandis qu'avec les hautes doses, elle n'aurait été que de 13,78 %.

DES VACCINATIONS ANTIRABIKES A L'INSTITUT PASTEUR.

En 1902, 1.105 personnes mordues par des chiens enragés ont été traitées à l'Institut Pasteur. Deux sont mortes, ce qui donne la proportion très faible de 0,18 %. C'est le chiffre le plus faible obtenu depuis 1886, année dans laquelle la mortalité atteignit 0.84 %.

Le *Bulletin* du 25 septembre 1903 nous donne la mortalité, après vaccination antirabique, à l'Institut Pasteur de Lille. Depuis sept années que cet Institut Pasteur fonctionne,

1.807 personnes ont été soignées, 4 seulement sont mortes, soit 0,22 %.

Ce même numéro contient aussi la statistique de l'Institut Pasteur de Karkoff. Pendant dix ans, 9.390 personnes ont été soignées, la mortalité a été de 1,16 %.

L'élévation de mortalité tient, ici, aux morsures de loups enragés, qui donnent une proportion de 16.58 %. Pasteur avait déjà signalé la gravité de la rage causée par le loup, ce qu'il attribuait au nombre et à la profondeur des blessures faites par cet animal.

UN PROCÉDÉ PRATIQUE D'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DU CONDUIT AUDITIF

M. A. CUCHE (de Lure) prend un drain ordinaire, non fenêtré, coupé perpendiculairement à son axe à chaque extrémité, ayant la longueur d'une cigarette et un diamètre assez petit pour pouvoir glisser facilement dans le conduit auditif; après avoir relevé le pavillon de l'oreille en haut et en arrière, on introduit l'une des extrémités du drain dans le conduit auditif externe, et on le pousse jusqu'à contact du corps étranger dont on a, au préalable, reconnu le siège. Ceci fait, le médecin met l'autre extrémité du tube entre les lèvres, et aspire énergiquement en rejetant la tête en arrière. A l'aide de cette manœuvre, on parviendrait presque toujours à extraire le corps étranger qui reste fixé par la pression atmosphérique à l'extrémité du drain, celui-ci faisant en quelque sorte office de ventouse. Pour rendre cette ventouse plus adhérente, il est bon de laisser tremper préalablement l'extrémité de l'instrument destinée à recueillir le corps étranger dans de l'huile ou du pétrole, de façon à faire prendre au caoutchouc une consistance plus molle et à le rendre plus visqueux. (*Gaz. des Hôpitaux*, 16 oct. 1902.)

EXTRAIT THYROÏDIEN CONTRE LA DYSMÉNORRHÉE

M. STIMSON discute l'emploi de l'extrait thyroïdien dans la dysménorrhée et la névralgie ovarienne. La thérapeutique est peu armée contre cet état pathologique et l'emploi des opiacés n'est pas sans inconvénients. Le repos, le décubitus dorsal, les applications chaudes apportent quelque soulagement. Mais bien des sujets sont dans l'impossibilité de garder le lit pendant plusieurs jours à chaque époque menstruelle.

L'extrait de glande thyroïde constitue un remède de grande valeur, des doses moyennes suffisent à produire des effets marqués. En 1901, une malade, qui souffrait à chaque période au point d'être complètement impotente pendant plusieurs jours, venait consulter l'auteur; celui-ci employa successivement et sans résultat tous les remèdes usuels. L'examen de l'abdomen et du bassin ne montrait rien d'anormal du côté de l'utérus et des annexes. La dilatation du col donna une légère amélioration pendant quelque temps. Comme la malade était atteinte d'obésité, on la mit au traitement thyroïdien et tous les troubles de la menstruation disparurent. Le même moyen fut employé depuis à chaque période menstruelle avec le même succès. M. Stimson, ayant appliqué la même méthode à un grand nombre d'autres malades, a obtenu d'excellents résultats dans presque tous les cas. Naturellement, quand il existe des lésions utérines ou annexielles, c'est au traitement chirurgical qu'on devra recourir. (*American Journ. of obstet.*, juillet 1902 et *Gaz. des Hôpitaux*, 29 oct. 1902.)

ACCIDENTS DUS A L'ACIDE BORIQUE

On a l'habitude de considérer l'acide borique comme anodin, car les accidents observés au cours de son usage sont

rares. Des faits déjà anciens prouvent cependant que cet optimisme est exagéré. Stokvis a vu une intoxication mortelle après un lavage d'estomac avec 300 grammes de solution à 2 1/2 p. 100. Nussbaum et d'autres auteurs ont constaté des érythèmes, de l'urticaire, du purpura, après des applications externes d'acide borique.

Dernièrement encore, et surtout en Allemagne, on a mis sur le compte de l'acide borique des accidents observés après l'usage de viande de conserve additionnée de cette substance. L'opinion publique s'est émue et après enquête scientifique, les autorités ont interdit l'introduction de l'acide borique dans les charcuteries. L'acide borique est-il vraiment toxique ? Le Dr Merkel (de Nuremberg) (*Munch. med. Woch.*, 20 janvier 1903) incline à le croire. L'acide borique administré à 11 malades de son service, à la dose quotidienne de 2 grammes, fut bien toléré par 4 malades, mais chez 7 autres provoqua du tympanisme stomacal et de la diarrhée. Une propriété assez curieuse et qu'on n'avait point encore signalée, est son action diurétique. Chez plusieurs malades le taux des urines doubla ou tripla. Décidément l'acide borique reste un médicament de second ordre; beaucoup de défauts et peu de qualités. (*Journal des praticiens*, 28 février.)

LA CRYOGÉNINE

Ce composé nouveau, découvert par MM. Lumière et Chevrotier, est une semi-carbazide aromatique à laquelle les inventeurs ont donné le nom de cryogénine. Expérimenté par M. Dumarest d'Hauteville (*Lyon Médical*, 1902), M. le Dr Carrière (*Comptes rendus Acad. sciences*, 29 décembre 1902), MM. Boy-Tessier et A. Bruneau (*Marseille Médical*, 1^{er} février 1903), ce produit a pour effet d'abaisser d'une façon très marquée la fièvre des fébricitants.

M. le P^r Carrière l'a employé dans les infections aiguës. La chute thermique est parfois inégalement produite au hasard des diverses maladies. C'est ainsi que dans les angines, les bronchites, broncho-pneumonies, la chute est de 2/10 à 8/10 de degré. Cet abaissement survient 1 à 2 heures après l'ingestion et persiste 5 à 6 heures, pouvant persister 48 heures à 3 jours après une administration prolongée.

Dans la fièvre typhoïde la chute thermique est plus prononcée. Elle atteint 1°5 à 2°, les autres symptômes n'étant pas influencés, de telle sorte que des fièvres typhoïdes traitées dès le 4^e ou 5^e jour avec la cryogénine peuvent évoluer sans fièvre pendant toute leur durée. M. Demurger a publié récemment une observation complète de fièvre typhoïde traitée par la cryogénine (*Lyon Médical*, 18 janv. 1903). Un cachet de 0,50 faisait tomber la température de 39° à 37°5 et maintenait cet abaissement entre 37° et 38° pendant 48 heures. Pendant les 36 jours que dura sa pyrexie, le malade ne présenta ni phénomènes cutanés, ni bourdonnements d'oreille, ni collapsus, ni d'autre signe d'intolérance, ni aucun accident lié à l'emploi du remède. La dose totale de cryogénine absorbée avait été de 17 gr. 50.

Pour la fièvre typhoïde, de nouvelles observations sont nécessaires. Dès aujourd'hui, il semble que le remède soit inoffensif. On l'a administré aux tuberculeux. Dans les services hospitaliers de Lyon et de Paris, dans le service de M. Huchard, la cryogénine administrée aux tuberculeux a produit de bons effets. On commence par une dose de 50 centigrammes ou bien de 1 gramme et de 1 gr. 50, cette dernière répartie en deux ou trois cachets donnés à 1 heure d'intervalle au milieu du jour vers midi et 1 heure; on continue cette dose pendant 2 jours, puis elle est diminuée ensuite de 0,10 par jour jusqu'à moitié de la dose primitive.

Si la fièvre ne reparait plus, on interrompt 1 jour, puis 2, 3. Si elle reparait on redonne la cryogénine à une dose de 0,10 plus élevée que la dose dernière. Le seul inconvénient est les sueurs que provoque parfois le remède; mais les malades se sentent très soulagés. (*Journal des praticiens*, 4 avril.)

DES RELATIONS DE LA CHLOROSE AVEC LA FONCTION OVARIENNE.

(*Semaine Médicale*, 8 juillet 1903.)

« M. ROB. BREUER a communiqué les résultats d'expériences qu'il a faites avec M. von Seiller pour se rendre compte de l'influence exercée par les ovaires sur la composition du sang. Dans ce but, plusieurs chiennes, d'âge variable, ont été castrées et leur sang a été examiné à diverses reprises, tant avant qu'après l'ablation des ovaires. Chez les animaux d'un certain âge, le sang ne subit aucun changement à la suite de la castration, mais chez les animaux jeunes sa composition se modifie notablement; la quantité d'hémoglobine diminue de 30 à 50 % et le nombre des globules rouges descend jusqu'à 3 millions par millimètre cube. Plus tard le nombre des érythrocytes augmente et le chiffre de l'hémoglobine se relève un peu. Des expériences de contrôle ont montré que le sang reste au contraire normal après l'ablation de l'utérus.

« On peut conclure de ces constatations que les altérations hématiques sus-mentionnées sont bien dues à l'ablation des ovaires, et que l'insuffisance de la sécrétion ovarienne n'est pas étrangère au développement de la chlorose chez les jeunes filles. »

Le Propriétaire-Gérant : P. JOUSSET.

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

DÉCEMBRE 1903

THÉRAPEUTIQUE

UN CAS DE CANCER DU SEIN GUÉRI PAR LES RAYONS X.

Observation. — Mme X... est âgée de 56 ans ; elle appartient à une famille d'arthritiques (grand-père, père et frère gouteux). Sa mère est morte à 56 ans d'un cancer utérin.

Comme antécédents personnels, on peut noter un coryza chronique débutant dès l'âge de douze ans, une fièvre typhoïde à 20 ans, à 35 ans une péritonite, enfin de fréquents accès d'asthme accompagnés de bronchites. La malade, mariée deux fois, a eu deux enfants et deux fausses-couches. Toujours régulièrement réglée, elle a eu son retour d'âge à 53 ans.

C'est vers cette époque, août 1900, qu'elle s'aperçoit que son sein gauche augmente légèrement de volume et devient plus dur que le droit ; une petite dépression apparaît à gauche du mamelon. Etant alors à Saint-Dié, elle consulte un médecin qui pose le diagnostic de mastite chronique et lui ordonne une pommade.

En 1901, il arrive parfois que le mamelon laisse suinter une goutte séro-purulente, mais la malade ne souffrant pas continue sa pommade en toute sécurité.

Au commencement de 1902, elle vient habiter le Havre.

En juin, apparaît une rougeur au-dessous du mamelon bientôt suivie d'une ulcération d'où coule une sérosité d'odeur douceâtre. Bien que Mme X... ne souffre pas, elle consulte cependant un chirurgien qui juge l'opération impossible et fait des applications de baume du commandeur.

Une deuxième ulcération se montre au-dessus du mamelon suivie d'une troisième un peu à droite.

Au mois d'août, elle consulte le professeur Troisier qui déclare au mari qu'il s'agit d'une affection très grave devant amener la mort dans quelques mois.

On continue les applications de baume du commandeur. Cependant l'ulcération progresse rapidement, et, en octobre, les douleurs font leur apparition en même temps qu'une liqueur fétide suinte de la plaie.

Je fus appelé pour voir cette malade le 11 janvier 1903. Je constate la présence d'un ulcère ayant la forme d'un ovale à grand diamètre transversal de 12 centimètres et à petit diamètre de 8 centimètres : la profondeur est de 5 centimètres environ; les bords sont festonnés et le centre est rougeâtre; je constate en même temps que le mamelon est recouvert d'un sphacèle de couleur noirâtre. Une sanie infecte coule de l'ulcère. On trouve des ganglions axillaires et sus-claviculaires.

La malade ne dort pas la nuit, bien que les douleurs soient encore supportables; l'état général est assez bon, cependant l'appétit diminue.

Pendant un mois et demi, j'essaie en vain tous les moyens pour désodoriser ce foyer putride (*hydrastis canadensis*, aniodol, chlorate de soude, eau oxygénée, etc., etc.).

Les douleurs deviennent d'ailleurs intolérables. Je conseille l'application de rayons X.

Un radiothérapeute, M. le Dr Marion, venait de s'installer au Havre.

Après quelques hésitations, car il n'avait jamais traité, ni vu traiter de cancer, il accepta de faire des applications à ma malade sous le couvert de ma responsabilité.

Le matériel de mon collègue se compose d'une bobine de 35 cent. d'étincelle fonctionnant sur courant alternatif avec soupape Nodon et accumulateur Ducretet.

L'ampoule dont nous nous sommes servis était à régénérateur chimique (potasse) neuve et par conséquent très molle. La même ampoule a servi à toutes les applications.

Rien pour mesurer le degré de pénétration des rayons, ni spintermètre, ni radiochronomètre de Benoist, instruments dont j'ai pu apprécier, depuis, la valeur et constater la nécessité absolue pour faire un travail précis.

Le traitement est commencé le 11 mars.

Séances	Dates	Durée d'application	Distance de l'ampoule
I ^e	11 mars	7 minutes	30 centimètres
II ^e	12 —	10 —	25 —
III ^e	13 —	10 —	20 —
IV ^e	14 —	10 —	20 —
V ^e	15 —	10 —	20 —
VI ^e	16 —	10 —	20 —

Dès la deuxième séance, on note une diminution de la douleur qui s'accroît peu à peu jusqu'à cessation complète après la sixième séance. L'écoulement sanieux a également diminué et sur les bords de l'ulcère apparaît un commencement de cicatrisation.

L'aspect général est meilleur.

On continue les applications.

Séances	Dates	Durée d'application	Distance de l'ampoule
VII°	17 mars	10 minutes	18 centimètres
VIII°	18 —	—	—
IX°	19 —	—	—
X°	20 —	—	—
XI°	21 —	—	—
XII°	22 —	—	—

Pendant ces 6 nouvelles séances, l'ulcère se comble de bourgeons, on a 2 centimètres de tissus cicatrisés sur les bords; l'odeur a complètement disparu et le champignon central est en voie de résorption.

Du 24 mars au 1^{er} avril inclus, on fait neuf applications à 20 centimètres du tube et d'une durée de 10 minutes.

Après la 21^e séance, un érythème intense, écarlate, apparaît dans la région pectorale, à la face et au cou, et on observe une chute partielle des cheveux de la tempe gauche; l'ulcère a considérablement diminué de surface, la cavité restante est comblée de bourgeons; il n'y a plus ni suintement ni odeur.

Du 2 au 15 avril inclus, 7 applications de 8 minutes à 20 centimètres du tube.

A la place de l'érythème, on a une desquamation furfuracée; l'ulcère se comble de bourgeons, et le champignon central est très notablement diminué.

Du 15 au 18 avril inclus, 6 nouvelles séances de 8 minutes, à 25 centimètres du tube.

Le 28 avril, 34^e jour du traitement suivi, une magnifique floraison de bulles plecténulaires, accompagnées d'un suintement considérable et de douleurs cuisantes. On décide de suspendre le traitement. Mais bientôt, l'odeur sanieuse reparaît et on recommence les applications le 4 mai.

Le tube est alors placé à 40 centimètres de la malade, et la durée des séances est de 8 minutes.

Après 2 applications, l'odeur et les douleurs disparaissent et le 25 mai, 39^e jour du traitement, la cicatrisation est complète et l'ulcère est remplacé par une peau fine recouverte de quelques écailles furfuracées.

En juin et juillet, on fait encore quelques séances, d'abord 2 fois par semaine, puis une seule fois, le tube toujours à 40 centimètres et pendant 5 minutes seulement.

A l'heure actuelle, à la place de l'ulcère, on a une peau rose de bon aloi. Les ganglions axillaires et sus-claviculaires n'existent plus et la malade a repris sa gaieté et sa vie ordinaires.

Réflexions. — Vais-je déclarer après cette observation que les rayons X doivent toujours guérir le cancer ? Assurément non. Mais je puis conclure, après bien d'autres d'ailleurs plus compétents que moi en la matière, que c'est, à l'heure actuelle, la méthode de choix dans le traitement du cancer, bien supérieur en effet à la méthode chirurgicale, puisqu'elle conserve l'organe atteint, et agit non seulement sur l'état local, mais encore sur la nutrition générale.

On pourra objecter que la récurrence est possible; je n'y contredis pas. Mais alors, n'avons-nous toujours pas sous la main le moyen curatif qui avait si bien réussi tout d'abord ?

Je crois qu'en ayant soin, de n'employer que les rayons d'un degré de pénétration déterminé, de protéger la malade avec des écrans de plomb, l'on peut recourir aux rayons X, avec des chances sérieuses de succès, et cela sans aucune espèce de danger.

D^r MONDAIN (du Havre).

THÉRAPEUTIQUE DE LA DYSPEPSIE, par ALBERT ROBIN.

Au milieu des labeurs que nécessite la solution des problèmes de médecine, quand, après de longs efforts, la conclusion pratique semble encore obscure, c'est un grand réconfort pour le travailleur d'entendre une voix autorisée affirmer les mêmes conclusions que vous et rendre indiscutables les vérités jusque-là contestées. C'est cet effet rassérénant qu'a produit, sur mon esprit, la lecture de la leçon clinique de M. Albert Robin, publiée dans la *Médecine moderne* du 4 novembre.

Il y a bien des années qu'après avoir étudié consciencieusement les signes de la dilatation stomacale, j'ai reconnu et enseigné qu'en dehors des rétrécissements pyloriques, la dilatation stomacale constituait une rareté anatomique sans importance dans l'histoire des dyspepsies.

Le chymisme stomacal, avec sa dichotomie d'hyper et d'hypochlorhydrie, ses repas d'épreuve et son traitement aussi banal qu'inefficace ne m'a jamais séduit. Quant à l'antisepsie médicale, il y a bien des années que j'ai proclamé son efficacité et son danger ; et voilà que M. Robin parle comme moi. Voici, pour la dilatation de l'estomac : « Je me souviens de l'impression que fit, devant la Société médicale des hôpitaux, la communication de M. Bouchard... L'idée d'une lésion conjuguée à la dyspepsie satisfaisait trop bien les préjugés organiciens de cette époque pour ne pas être adoptée avec enthousiasme, et la dilatation de l'estomac conquit, en un clin d'œil, la faveur, presque universelle, des médecins français (page 346). » M. Robin ajoute quelques lignes plus bas : « L'hypothèse de la dilatation stomacale ne devait briller que d'un éclat fugitif. »

Quant au chymisme de l'estomac, M. Hayem professe, avec la tradition, que la chimie est la meilleure servante de

la médecine, mais qu'elle en serait la pire maîtresse. Et cependant la médication purement chimique trône aujourd'hui : « Elle se pique d'être essentiellement scientifique, de ne rien laisser au hasard; elle prend les allures de l'absolutisme. Je ne lui reconnais qu'un mérite, c'est celui de la simplicité : il y a trop d'acide dans l'estomac, vous le saturez; il n'y en a pas assez, vous en introduisez (page 347). » M. Robin conclut que le traitement chimique appliqué aux dyspepsies est encore inférieur aux anciennes médications symptomatiques.

M. Robin confesse que toutes les thérapeutiques systématiques de la dyspepsie ne sont que des thérapeutiques symptomatiques, et il écrit les lignes suivantes : « Nous sommes à une époque de chaos thérapeutique et je sais beaucoup de bons esprits qui, à cet égard, ont perdu toute croyance, et accueillent avec le scepticisme du désenchantement toutes les tentatives de rendre à l'art de guérir quelque scientifique précision. Cette incrédulité n'a rien qui doive nous étonner; elle est amplement justifiée par tant de conflits et d'écroulements de doctrines, par l'insuccès présent de *l'antisepsie interne*, par la grandeur passagère et la décadence finale de tant de médicaments et de médications, qui n'ont vécu qu'un jour pour s'ensevelir dans l'oubli (page 348). »

M. Robin, naturellement, a cherché autre chose, a-t-il eu raison ?

Voici la thérapeutique proposée par M. Robin : « Son but est de modifier le trouble fonctionnel (qui, à un moment du moins, constitue toute la maladie), en agissant directement ou indirectement sur cette cellule vivante aux fonctions dérégées, dont, suivant les cas, elle exalte, modère ou modifie les aptitudes réactionnelles. (page 347). » C'est,

d'après M. Robin, la thérapeutique *des réactions cellulaires*; il l'appelle encore la thérapeutique *vitale*.

Le point faible de cette théorie, comme de celles qui lui ressemblent, c'est de constituer une *thérapeutique physiologique*; or, la thérapeutique physiologique étant, comme l'enseigne, avec raison, le professeur Bouchard, une thérapeutique symptomatique, elle est, de l'avis de tous les médecins, une thérapeutique bien inférieure.

La physiologie, comme la chimie, n'est qu'une servante de la médecine; elle rend de grands services dans l'étude du mécanisme des symptômes et de l'action des médicaments, mais, encore une fois, elle ne constitue qu'une thérapeutique symptomatique qui, en prenant les expressions même de M. Robin : exalte, modère ou modifie les aptitudes réactionnelles.

La thérapeutique de choix, celle qui a toujours tenté les médecins depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, c'est la thérapeutique qui saisit la cause et la détruit, la thérapeutique pathogénique. Est-ce que cette thérapeutique est physiologique ? En aucune façon; elle repose sur la connaissance de la cause, d'une part, et la connaissance de l'action du médicament de l'autre; le streptocoque est la cause de la pyohémie, le sublimé détruit le streptocoque, thérapeutique pathogénique.

Il y a donc, en dehors de la chimie et de la physiologie, une autre thérapeutique, et M. Robin la connaît bien.

Nous venons de voir la thérapeutique pathogénique qui consiste dans la destruction de la cause; elle est certaine et positive et n'a rien d'hypothétique; elle s'applique, sans hésitation, à toute la chirurgie; c'est à elle que nous devons l'asepsie chirurgicale.

Cette thérapeutique s'applique encore à la médication

palliative; elle combat la constipation par les purgatifs, l'insomnie par le chloral, la douleur par la morphine, l'hyperthermie par les bains froids, etc.

Mais, après, quand la cause est inconnue ou insaisissable, comme dans toutes les maladies dites de cause interne, en dehors de la médication palliative, médication d'impuissance et de désespoir, où trouverez-vous une thérapeutique curative ? Qu'est-ce que la chimie et la physiologie vous apprendront et que signifient ces cellules aux réactions diverses ? Et cependant nous possédons une thérapeutique des maladies internes, sinon aussi certaine que la thérapeutique chirurgicale, au moins positive dans ses lois et dans ses applications.

J'ai déjà exposé, bien des fois la thérapeutique appropriée aux maladies de causes internes, mais des raisons, que je trouve inutiles d'exposer, ont jusqu'ici empêché nos confrères de comprendre clairement et de s'attacher résolument à la réforme thérapeutique. Et cependant les travaux de Pasteur fournissent une démonstration à laquelle je comprends difficilement qu'on puisse se soustraire; le bacille du choléra des poules, qui communiquait infailliblement cette maladie aux gallinacées, les immunise et les guérit quand il est atténué par l'âge; de même que la rage et les moelles rabiques et toute la sérothérapie reposent sur ces deux faits : le même microbe pathogène guérit la maladie qu'il produit, à la condition d'être *atténué* : *similia similibus curantur*, comme disait déjà Hippocrate ; et *atténuation des doses*, comme l'a dit Hahnemann.

Nous avons donc là une thérapeutique qui a l'avantage de ne reposer sur aucune science accessoire; elle n'est ni physiologique, ni chimique, elle est *médicale*, et c'est parce qu'elle ne nécessite aucune hypothèse que je l'appelle po-

sitive. Grâce à une matière médicale extrêmement riche, celle thérapeutique rend d'immenses services et guérit de nombreux malades, même des dyspeptiques, que les médications allopathiques n'arrivent pas toujours à soulager.

D^r PIERRE JOUSSET.

MÉDECINE PRATIQUE

DE LA RECHUTE DANS LA SCARLATINE.

La *rechute*, qui se distingue de la *récidive* parce que cette dernière est un retour de la maladie après la convalescence complète, et quelquefois après plusieurs années, est un processus morbide aujourd'hui très connu dans la fièvre typhoïde, à cause de sa grande fréquence, mais qui est encore contesté dans la scarlatine. Cependant, l'existence de rechute dans la fièvre scarlatine, ne peut plus être mise en doute. M. Richardière publie, dans la *Clinique Infantile*, cinq observations qui rendent le fait incontestable.

La rechute, dans la fièvre scarlatine, est un phénomène rare puisque M. Richardière ne l'a observée que cinq fois sur 322 cas dans le cours d'une année. Ces rechutes, comme toujours, se sont montrées tardivement, du 31^e au 38^e jour de la maladie; les enfants étaient donc en pleine convalescence et la maladie était considérée comme terminée. M. Sanné, dans son article sur la scarlatine du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, fixe la date des rechutes du 15^e au 25^e jour.

Dans trois cas, du mémoire de M. Richardière, le début de la rechute a été marqué par une brusque élévation de température, 40°; dans les deux autres cas, il n'y a pas eu

de mouvement fébrile. Quand le début a été fébrile, l'éruption est apparue le jour même ou le lendemain; elle a été plus tardive et ne s'est montrée que le 5^e jour dans les rechutes non fébriles. L'éruption a été tantôt par larges placards, intenses surtout au niveau des plis articulaires; d'autres fois, elle a été pointillée, formée par des petites taches rouges séparées par des intervalles de peau saine. La face a toujours été respectée. L'angine scarlatineuse et l'état spécial de la langue dans cette maladie, accompagnent habituellement l'éruption; cependant, dans un des cas de M. Richardièrre, la langue est restée normale. La desquamation a également manqué dans deux cas; la durée des rechutes a été plus courte que la première atteinte, même quand celle-ci était légère; elles ont été bénignes et se sont toutes terminées par la guérison. Il ne faudrait pas considérer ce pronostic comme absolu. Maurice Laugier a donné l'observation d'une rechute au 15^e jour d'une scarlatine légère; cette rechute revêtit la forme hémorragique, et le malade succomba (*Gazette hebdomadaire*, 1871). Unterholzner relate, dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1877, l'histoire d'une rechute survenue le 12^e jour d'une scarlatine miliaire; la rechute prit aussi le caractère miliaire et s'accompagna d'accidents cérébraux mortels.

En résumé, on doit admettre l'existence de rechutes survenant habituellement après le 3^e septenaire de la scarlatine; que, comme pour la fièvre typhoïde, les rechutes sont habituellement plus bénignes que le premier accès; mais que, cependant, le contraire a été observé et le praticien doit se rappeler que la rechute, dans la scarlatine, peut se terminer par la mort.

WAGNER.

LES MICROBES INVISIBLES.

L'existence des maladies infectieuses, comme les fièvres éruptives, la syphilis et la rage, dont il a été, jusqu'ici, impossible de déterminer les microbes pathogènes, serait cependant, d'après M. Roux, douée de microbes, mais tellement petits qu'ils échappent aux microscopes les plus perfectionnés et ne peuvent être ni colorés, ni cultivés.

Le travail de M. Roux, publié dans le premier numéro des *Bulletins* de l'Institut Pasteur, nous a semblé très démonstratif, et nous allons le résumer le plus clairement possible.

La péripneumonie bovine est transmissible par inoculation et cependant, dans le liquide limpide qui sert à cette transmission, il est impossible, à la simple inspection microscopique, de déceler un microbe; néanmoins, en employant la technique suivante, on arrive à déceler la présence d'un microbe pathogène. Si on prend le liquide infectant absolument limpide dont nous venons de parler, que dans deux sacs en collodion on mette une part de ce liquide tel qu'on le recueille sur l'animal malade, et que, dans l'autre, on renferme le même liquide, mais préalablement chauffé à 55°, les deux sacs de collodion étant enfermés dans le péritoine d'un lapin pendant 15 jours, au bout de ce temps, le liquide, stérilisé par la chaleur, est resté absolument limpide, tandis que l'autre présente un trouble incontestable. Dans ce liquide trouble, le microscope permet de constater des granulations tellement petites qu'il est difficile de déterminer leur forme, mais qui sont susceptibles de se colorer par la thioiline, de cultiver sur la gélose où par leur accumulation elles forment de petites élévations atteignant la dimension d'une tête d'épingle; ces cultures reproduisent, à coup sûr, la maladie chez les bovidés. On peut

donc conclure que la péripneumonie bovine possède un microbe pathogène qui est à la limite de la visibilité.

Mais, dans les autres maladies infectieuses, les techniques les plus variées ne peuvent aboutir à une culture et il faut s'adresser à d'autres expériences pour démontrer la réalité de l'existence de ces microbes véritablement invisibles.

Voici l'expérience de M. Roux : le liquide recueilli aseptiquement dans une vésicule de la fièvre aphteuse est absolument limpide; il n'est ni cultivable, ni colorable; le microscope ne permet de distinguer aucun corps figuré et cependant il est fatalement inoculable. Passé à travers une bougie de Berkefeld, le liquide de la fièvre aphteuse conserve sa propriété infectante, et cependant on ne peut pas admettre que cette propriété soit due à une toxine qui passe à travers le filtre, tandis que le microbe serait retenu à l'intérieur. Comment M. Roux démontre-t-il que ce n'est pas une toxine ? En filtrant le liquide de la fièvre aphteuse à travers une bougie de Kitasoto; celle-ci, beaucoup plus serrée, laisse, comme la bougie précédente, passer le liquide, mais un liquide absolument stérile; d'où M. Roux conclut que la propriété infectieuse du liquide de la fièvre aphteuse est due à un microbe invisible, assez petit pour passer à travers la bougie de Berkefeld, et trop gros pour traverser celle de Kitasoto.

M. Roux ne croit pas qu'on puisse jamais perfectionner assez le microscope pour permettre de voir des microbes aussi petits. « Peut-être, dit-il, que si on pouvait le mettre au point, une plaque de photographie nous représenterait ces petits êtres. »

Comme conclusion, ne disons plus qu'il y a des maladies infectieuses sans microbes, disons sans microbes visibles.

WAGNER.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

**GASTROSTOMIE POUR L'EXTRACTION DE VINGT-SEPT CORPS
ÉTRANGERS, par M. MONNIER.**

L'intérêt de ce fait est dans le nombre considérable et la grande variété des corps étrangers avalés par le malade. Ils consistaient surtout en cuillères à café, fourchettes, couteaux, clous, aiguilles, clés, épingles, etc., le tout pesant 230 grammes. Le sujet de cette observation est une sorte d'idiot, ce qu'Esquirol appelle « un imbécile ». L'opération, faite avec le plus grand talent, par M. Monnier, n'eut aucune suite opératoire. Signalons que la radioscopie n'a pas permis, dans ce cas, de reconnaître la présence des corps étrangers accumulés dans l'estomac.

DE L'ULCÈRE EXTERNE DE L'ESTOMAC, par M. HAYEM.

C'est une simple question d'anatomie pathologique. Cette lésion, très rare, est décrite pour la première fois, croyons-nous, par M. Hayem. Elle n'a été rencontrée que chez des malades porteurs de l'ulcère rond classique de l'estomac.

L'ulcère externe de l'estomac se présente sous trois degrés. Dans le premier degré, c'est un simple godet, une sorte de dépression parfaitement circulaire, de 8 à 15 millimètres de diamètre. Plus tard, ce godet se creuse et forme une espèce de sac dont le fond finit par s'ulcérer, consti-

tuant ainsi le 3^e degré de cette lésion. A ce moment, l'ulcère n'est séparé de l'estomac que par la membrane muqueuse très amincie, ressemblant à une pellicule, n'ayant que quelques millimètres d'épaisseur. Cette lésion est toujours multiple et, nous l'avons dit, coïncide avec l'existence d'un véritable ulcère rond classique.

La pathogénie de l'ulcère externe reste parfaitement obscure.

LA SYPHILISATION DU SINGE, par MM. HAMONIC et MARTINEAU.

Dans la séance du 3 novembre, M. Hallopeau, rapporteur de la Commission chargée d'examiner le travail de M. Hamonic, fait connaître les faits suivants : le 16 novembre 1882, M. Hamonic pratiqua, sous la peau du fourreau de la verge d'un macaque, trois inoculations profondes de liquide chancreux. Vingt-huit jours après, il constata, au niveau des points inoculés, des saillies papuleuses qu'il considéra comme des chancres indurés. Elles avaient pour base une induration parcheminée. Deux jours après, une adénite indolore et mobile se développa dans l'aîne gauche, et cinq jours plus tard la même adénopathie apparut à l'aîne droite. Ultérieurement, des adénopathies survinrent dans les régions axillaire et sous-maxillaire.

Vingt-six jours après l'apparition des premiers accidents, quatre papules érosives se manifestèrent sur le prépuce; quelques jours plus tard, il y eut neuf ulcérations, qui durèrent dix-neuf jours.

Le rapporteur reste indécis dans ses conclusions. Il concède cependant que les accidents primitifs ont bien réellement l'aspect du chancre induré. Seulement il trouve que les caractères présentés par les accidents survenus un mois

après ne permettent pas d'affirmer l'existence d'accidents secondaires.

Je remarque qu'ils ne permettent pas non plus de les nier, surtout si on veut tenir compte de la date d'apparition des accidents.

Je crois qu'il n'est que juste de rappeler, à propos des expériences de MM. Hamonic et Metchnikoff, les tentatives si persévérantes d'Auzias-Turenne. C'est en 1844 que ce médecin a essayé d'inoculer la syphilis à plusieurs animaux, et en particulier au chien et au singe. Il prétendait avoir eu des résultats positifs, mais il faut dire que les expériences avec Cullerier, spécialiste distingué de l'époque, et Davasse, interne à Lourcine, ne donnèrent que des résultats négatifs.

En 1844, la distinction de la syphilis et du chancre mou était loin d'être résolue, et très certainement, ce qui a entaché de nullité les expériences d'Auzias-Turenne, c'est que ses tentatives d'inoculation ont été faites avec du pus de chancre mou. Nous trouvons d'autant plus juste de rappeler, à propos de ces questions, le nom d'Auzias-Turenne, qu'en dehors de sa tentative d'inoculation de la syphilis au singe, il est l'auteur de la syphilisation pour guérir la syphilis. Ces tentatives, qu'on ne comprenait pas à ce moment, nous semblent, aujourd'hui, après les travaux de l'Ecole de Pasteur, une chose toute naturelle. Ajoutons que la méthode d'Auzias-Turenne, quoiqu'elle n'ait point abouti entre ses mains à un résultat pratique, a déterminé — en Norvège principalement — des travaux considérables inspirés par la même idée thérapeutique; et que les essais faits à l'hôpital Saint-Louis, dans ces dernières années, comme les travaux destinés à trouver, enfin, la sérumthérapie de la syphilis, doivent reconnaître Auzias-Turenne comme un véritable initiateur.

Dans la séance du 17 novembre, M. Hamonic montre un singe macaque chez lequel il a pratiqué, le 14 octobre dernier, au niveau du gland, l'inoculation d'un pus provenant de plaque muqueuse. Or, vingt-six jours après, ce singe a présenté, au siège de l'inoculation, une ulcération typique, à base indurée, accompagnée de la pleïade ganglionnaire indolore. Cette expérimentation est nécessairement encore incomplète, mais elle démontre déjà que le chancre induré est transmissible au singe. M. Hamonic fait observer que son expérience démontre la transmission de la syphilis à des singes très éloignés des anthropoïdes, ce qui ébranle la théorie si chère à Metchnikoff, de la parenté de l'homme et du chimpanzé.

DE L'APPENDICITE DANS L'ARMÉE PENDANT CES DERNIERES
ANNÉES, par M. CHAUVEL.

C'est seulement depuis 1901 que dans les statistiques de l'armée on a catalogué l'appendicite. Le nombre de cas d'appendicite s'est accru d'année en année : En 1901, il était de 493, dont 166 opérations avec 21 morts, soit 12,5 %; les 327 traités médicalement ont donné 5 morts, soit 1/5 %; en 1902, on compte 668 cas, dont 188 furent opérés et donnèrent 23 décès, soit 12,7 %; sur les 470 traités médicalement, on ne signale que 5 morts, soit 1 %.

Nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que, si tous les diagnostics étaient exacts, la proportion des guérisons par le traitement médical est extraordinaire.

Si on compare la morbidité par appendicite en France et en Algérie, on arrive aux chiffres suivants : en 1901, en France, 461 cas, soit 0,95 p. 1.000, tandis que l'Algérie ne compte que 32 cas ou 0,44 p. 1.000. En 1902, en France, nous trouvons 649 cas, ou 1,27 p. 1.000, et en Algérie seulement

49, soit 0,63 p. 1000. Si on examine l'appendicite chez les Européens d'Algérie, ou chez les indigènes, on arrive aux résultats suivants : sur un effectif de 43.000 hommes, on relève 47 cas d'appendicite, c'est-à-dire 0,64 p. 1.000; et sur un effectif de 17.500 indigènes, on ne compte que 17 cas, soit 0,14 p. 1.000, ce qui représente le 1/5 de la proportion fournie par les Européens.

Si on examine la mortalité, on trouve, chez les Européens traités médicalement, 1 décès sur 90 malades; sur les opérés à chaud, 9 décès sur 24 malades, soit 37,5 % et opérés à froid, 2 sur 15, soit 13 %.

Chez les indigènes, on ne relate aucune mortalité, ni chez les 3 opérés, ni chez 10 malades traités médicalement.

M. Chauvel attribue la faible morbidité de l'appendicite et sa bénignité chez les Arabes, à leur sobriété et à la vie végétarienne : comme viande, ils ne mangent que du poulet et du mouton. M. Schneider, médecin principal, a remarqué la même rareté de l'appendicite en Perse, où la population mange très peu de viande et extrêmement cuite.

M. Chauvel observe que la conception étiologique de M. Mechnikoff tombe complètement en défaut chez les Arabes, chez lesquels les vers intestinaux sont très fréquents et l'appendicite est exceptionnelle.

M. Lucas-Championnière partage complètement l'avis de M. Chauvel sur l'action désastreuse de l'alimentation carnée dans l'étiologie de l'appendicite. Il rappelle que les populations d'Angleterre et d'Amérique du Nord, où la nourriture est presque exclusivement composée de viande, présente un nombre d'appendicites bien plus considérable qu'en France. Dans sa pratique, il a pu constater bien des fois que les enfants et adolescents qui absorbent de la viande étaient très sujets à l'appendicite. Mais, ajoute-t-il, l'abus du ré-

gime carné n'est qu'une cause occasionnelle de l'appendicite, qui trouve dans la grippe sa véritable cause pathologique. Je soutiens cette opinion depuis quinze ans,

DES EAUX POTABLES DANS LES GARNISONS, par M. VALLIN.

Dans la séance du 27 octobre, M. Vallin a fait un rapport sur cette question d'hygiène.

Il n'est pas douteux que l'eau de source constitue la meilleure eau potable, mais à la condition d'être bien captée et soumise à un contrôle incessant, qui permette de constater la moindre pollution. M. Vallin énumère toutes les conditions d'un bon captage, et il ajoute que, depuis quelques années, des laboratoires de bactériologie ont été créés dans les hôpitaux militaires des principaux corps d'armée. Mais quand l'eau consommée est habituellement ou accidentellement suspecte, deux moyens se présentent : ou bien la stériliser par la chaleur, ou bien la passer au filtre Chamberland.

L'emploi du filtre Chamberland présente de nombreux inconvénients : si les bougies ne sont pas entretenues dans un état de propreté extrême, si on ne surveille pas la moindre fissure, on n'a que de l'eau contaminée. La stérilisation par la chaleur offre plus de garantie. Cette méthode est encore très récente, et c'est seulement depuis un an ou deux qu'on a installé de grands appareils à stérilisation par la chaleur. M. Vallin préfère cette dernière technique parce qu'elle n'exige pas les soins quotidiens et délicats du filtrage par la bougie.

Dans tous les cas, l'eau ainsi stérilisée doit être refroidie, surtout en été, parce que l'eau froide désaltérant mieux que l'eau tiède, sera agréable pour le soldat qui, sans cela, sera porté à user des eaux d'arrosage.

A propos de ce rapport, M. Kelsch fait remarquer, avec raison, que l'eau n'est pas le seul véhicule du bacille typhique, que les émanations des fosses d'aisances, l'infection du sol souillé par les infiltrations putrides, la mauvaise canalisation des égouts, les travaux de terrassements entrepris en temps inopportun, enfin l'encombrement et le surmenage, sont des causes puissantes du développement de la fièvre typhoïde. Quant au surmenage, ajoute M. Kelsch, il est difficile de supprimer cette cause à une époque, où la durée du service militaire est de plus en plus courte.

M. Vallin, comme M. Kelsch, avait signalé, dans son rapport, l'existence, en dehors des eaux de boisson, de différentes causes de fièvre typhoïde. Et c'est intentionnellement que nous faisons ressortir cette opinion de deux hommes si compétents dans la question de l'hygiène, parce que, dans une certaine école, on est persuadé qu'il suffit d'avoir des eaux stériles pour voir disparaître la fièvre typhoïde et le choléra, ce qui est faux.

Les rapports sur les ouvrages proposés à l'Académie présentant souvent un certain intérêt pratique, nous allons donc en dire un mot.

LES TICS ET LEUR TRAITEMENT

Rapporteur : le Professeur RAYMOND.

L'auteur de ce mémoire remarque, avec raison, que les tics se rencontrent toujours avec un certain degré de déséquilibre mental. Le traitement qu'il propose tient de ces méthodes de rééducation qui ont fait, durant ces dernières années, des progrès considérables. Il résume son traitement « dans une discipline méthodique de l'immobilité et du mouvement, fusionnée avec une psychothérapie ».

A ce propos, nous signalons le grand succès que nous avons eu dans le traitement de tics fort étendus par des séances d'immobilité absolue, imposée chaque jour pendant dix et vingt minutes au malade. Cette méthode est due au Dr Dubois, médecin de Saujon.

Le mémoire n° 4 est consacré à l'étude de l'insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne, débutant dans le jeune âge. D'après l'auteur du mémoire, l'insuffisance thyroïdienne spontanée répond à un syndrome caractérisé par quatre symptômes : troubles de l'intelligence, des téguments, du squelette, des organes génitaux. Tous ces troubles sont plus prononcés quand la maladie frappe un jeune sujet : l'enfant est figé dans l'état où la maladie le surprend. Le crétinisme fait partie de l'insuffisance thyroïdienne. Le traitement consiste dans la médication opothérapeutique, associée chez l'enfant, à un traitement pédagogique.

Le mémoire n° 6 est consacré aux *migraines* dans leurs rapports avec les états épileptiques et délirants. L'auteur signale d'abord les symptômes communs à la migraine et à l'épilepsie. Les deux affections sont paroxystiques, débutent aux mêmes périodes de la vie, ont une prédilection pour l'éclosion matinale. Les deux paroxysmes s'accompagnent d'une aura, ils sont tous deux héréditaires, peuvent s'engendrer mutuellement et se relient aux mêmes diathèses. Nous protestons, au point de vue clinique, contre cette assimilation : la migraine est, avant tout, une affection de nature goutteuse, et l'épilepsie une névrose. Ils n'apparaissent point au même âge : l'épilepsie peut débuter pendant la première dentition; la migraine est exceptionnelle avant la puberté; la migraine disparaît presque toujours à la ménopause chez la femme, et vers cinquante ans chez l'homme; l'épilepsie des vieillards est fréquente. Je ne nie

point qu'on ait vu des épileptiques dans des familles de migraineux, mais ce fait est rare fort heureusement, et je crois pouvoir assurer les innombrables migraineux que je connais que ni eux, ni leurs enfants, ne sont menacés d'épilepsie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

- I. CHLORURATION ET DÉCHLORURATION DANS L'ASCITE DE CAUSE CIRRHOTIQUE ET CARDIAQUE. — II. TATOUAGE SATURNIN DE LA MUQUEUSE BUCCALE. — III. TRAITEMENT DE L'EMBOLIE ARTÉRIELLE DES MEMBRES PAR LE MASSAGE. — IV. CHLORURATION ET DÉCHLORURATION DANS UN CAS D'ASCITE CIRRHOTIQUE. — V. LA CHLORURATION ET LE RÉGIME DÉCHLORURÉ CHEZ LES CARDIAQUES. — VI. LE RÉGIME HYPOCHLORURÉ CHEZ LES CARDIAQUES. — VII. OPOTHÉRAPIE PANCRÉATIQUE DANS LE DIABÈTE. — VIII. HYPERCHLORURIE ET HYPOCHLORURIE CHEZ LES CARDIAQUES.

I

(Séance du 6 novembre). — MM. ACHARD et PAISSEAU font une communication sur la *chloruration et la déchloruration dans l'ascite de cause cirrhotique et cardiaque*. Ils établissent que les effets antihydropiques de l'alimentation déchlorurée, bien mis en lumière par les importantes recherches de M. Widal, ne se limitent pas à la cure des œdèmes brightiques. En outre, comme l'a fait voir M. Merklen, la privation des chlorures exerce une action salutaire sur l'œdème asystolique ; elle agit aussi sur la plegmatia alba dolens des typhiques, comme l'a montré M. Chantemesse.

M. Le Gendre nous a aussi montré le rôle des chlorures alimentaires dans le développement de l'ascite, d'origine hépatique.

M. Achard rapporte deux observations montrant l'action favorable de la déchloruration et défavorable de la chloruration, dans un cas d'ascite cirrhotique et un cas d'ascite cardiaque.

Dans la 1^{re} obs., il s'agit d'une femme de 30 ans, alcoolique, malgré ses négations (tremblements, cauchemars, pituites), entrée le 3 août à l'hôpital Tenon.

Il y a quinze mois, légère ascite, sans œdème des jambes ; qui disparut par le régime lacté.

Il y a trois mois, nouvelle ascite, avec œdème des jambes ; le repos et le régime lacté font disparaître l'œdème, mais l'ascite persiste ; elle entre à l'hôpital avec une ascite assez considérable, circulation collatérale visible. Les urines sont au-dessous d'un litre.

Du 3 au 10 août, malgré le régime lacté l'état reste stationnaire ; le poids ne varie pas.

Le 10 août, on cesse le régime lacté et on soumet la malade à l'alimentation déchlorurée : viande 500 grammes (bouillie et légèrement vinaigrée), pommes de terre 500 grammes (cuites à l'eau et préparées à l'huile et au vinaigre, riz 50 grammes (au sucre), fromage blanc au sucre, tisane sucrée (120 grammes de sucre dans 2 litres).

L'ascite diminue progressivement, le volume des urines augmente.

Le 4 septembre, la malade est remise au régime ordinaire ; elle quitte l'hôpital, le 10 septembre, l'ascite ayant complètement disparu.

Il est à remarquer que ce résultat thérapeutique a eu lieu sans aucun médicament ; par le régime spécial.

Ce régime a consisté avant tout dans la restriction des chlorures. Nous disons restriction et non suppression ; car, pour la commodité du service, les aliments donnés à cette malade n'étaient pas cuits à part et venaient de la cuisine de l'hôpital ; la viande, quoique non assaisonnée de sel, contenait néanmoins un peu de chlorure du bouillon dans lequel elle avait été cuite, et il en était de même des pommes de terre. Aussi avons-nous dosé les chlorures renfermés dans la ration journalière de la malade, et le dosage nous a donné une moyenne d'environ 3 grammes par jour.

C'est sans doute à cause de cette ingestion quotidienne d'une certaine quantité de sel que l'élimination des chlorures par l'urine a toujours été assez notable. Mais, outre le chlorure absorbé, la malade éliminait encore une partie de ses réserves salines, et c'est ainsi que l'excrétion chlorurée a monté pendant que le poids descendait le plus rapidement.

Il est à remarquer que la dose de chlorure absorbée chaque jour par la malade n'était pas de beaucoup inférieure à celle du régime lacté, qui se montait à peu près à 4 grammes.

Il est donc vraisemblable qu'il y avait, dans le régime de la malade, quelque autre élément bienfaisant que la restriction des chlorures. Or, au cours des applications que nous avons faites de l'alimentation déchlorurée, nous avons été frappés de voir l'accroissement de la diurèse qu'elle provoque en général, quand les malades mangent assez copieusement. L'augmentation de volume des urines est surtout prononcée lorsque les sujets absorbent une grande quantité d'amylacés et de sucre. Il est probable que l'action diurétique de cette catégorie d'aliments est un facteur utile de la cure.

La 2^e observation montre l'augmentation de l'ascite sous l'influence de la chloruration et le maintien d'un état stationnaire pendant le régime déchloruré.

Il s'agit d'une femme de 43 ans, atteinte d'insuffisance mitrale rhumatismale ancienne.

Il y a cinq ans, première apparition de l'ascite qui a oscillé, disparaissant presque complètement lorsque la malade se soignait, et reparaissant, mais sans nécessiter de ponction.

En février 1903, en avril et en août : ponctions.

Le 21 septembre, l'abdomen est très distendu par l'ascite ; l'ombilic est déplissé, la circulation collatérale très développée ; œdème des membres inférieurs, qui disparaît après les ponctions.

Le 26 septembre, macération de 0 gr. 60 de digitale, continuée pendant cinq jours. Les urines montent à 5 litres, puis retombent au-dessous de 2 litres, à partir du 5 octobre.

Du 4 au 10 octobre, régime du 2^e degré, les urines restent stationnaires et l'ascite va en augmentant progressivement.

Du 10 au 15 octobre, régime déchloruré : 500 à 700 grammes de viande, 50 grammes de beurre, fromage blanc et tisane sans sucre. Les urines dépassent 2 litres.

Du 15 au 22 octobre, régime : pommes de terre 200 gr., riz 150 grammes, sucre 120 grammes, tisane sucrée, les urines sont entre 2 et 3 litres.

Du 22 au 28 octobre, même régime avec un peu de viande et 22 grammes de sel. Les urines diminuent progressivement, l'ascite et l'œdème augmentent rapidement.

Le 29 octobre, ponction, qui évacue 22 litres de liquide. On reprend le régime déchloruré, les urines augmentent, la malade quitte l'hôpital le 2 novembre, en assez bon état.

M. WIDAL cite deux cas de cirrhose ascitique où il a expérimenté lui aussi la chloruration et la déchloruration.

La suppression du sel peut arrêter l'augmentation progressive de l'ascite, mais ne lui paraît pas suffire à déterminer des diminutions considérables, comme on l'observe souvent au cours de l'œdème brightique.

Chez les ascitiques, on se trouve, en effet, en présence d'une hydropisie localisée, régie par une circulation spéciale, et soumise à des conditions d'hydrostatique tout autres que celles observées chez des brightiques, et même chez les cardiaques.

II

MM. CAUSSADE et MONTÈS, publient deux observations détaillées de *tatouage saturnin de la muqueuse buccale*. Ils concluent que ce tatouage, est un *auto-tatouage*, opinion déjà émise par Gubler : ce sont les dents couvertes de tartre, chargées d'aspérités, qui érodent l'enveloppe épithéliale de la muqueuse et insèrent dans son épaisseur, des petites parcelles de sulfure de plomb.

Ils pensent aussi que ce tatouage ne se rencontre que chez les malades fortement intoxiqués ; c'est donc un signe pronostiqué, grave.

III

M. MERKLEN raconte l'histoire d'un malade chez lequel il a traité par le *massage* une *embolie de l'artère fémorale*.

Il a été poussé à essayer ce traitement par un fait du professeur Berger, qui avait vu disparaître, sous l'influence du *massage*, les douleurs violentes et caractéristiques d'une

embolie de la tibiaie postérieure ; malheureusement ce malade atteint d'embolie des deux reins mourut anurique au bout de cinq jours, mais sans plus présenter de signes d'oblitération artérielle du membre.

Voici l'observation de M. Merklen.

Il s'agit d'un rhumatisant, atteint d'une ancienne insuffisance mitrale, en état d'insuffisance cardiaque depuis vingt-deux ans, et sujet, depuis cette époque, à de légères crises d'hyposystolie, toujours efficacement combattues par la digitale. Il y a dix-huit mois, au cours d'une grippe, il souffrait de douleurs précordiales avec paroxysmes pseudo-angineux, quand soudain il ressentit une douleur atroce dans le membre inférieur qui devenait froid et insensible. Appelé en toute hâte, je le trouvai en proie aux souffrances cruelles et angoissantes de l'embolie artérielle. Le membre atteint avait le froid du marbre et était insensible au contact et à la piqure jusqu'à plusieurs centimètres au-dessus du genou. Les battements de la pédieuse étaient supprimés, ceux de la fémorale étaient conservés.

Tout en recourant aux injections sous-cutanées de faibles doses de morphine pour calmer la douleur, j'entrepris immédiatement le traitement curatif par le massage, avec le concours de mon ancien interne, M. Cautru. Pendant près de deux heures, nous remplaçant afin d'éviter toute interruption, nous pratiquâmes un pétrissage énergique de la fémorale, depuis l'anneau des adducteurs où nous paraissait être le caillot obturateur, ainsi que des artères poplitée et tibiaie postérieure et des muscles avoisinants. Nous ne nous arrêtâmes que lorsque le malade se déclara soulagé. Il était alors près d'une heure du matin. Son membre fut simplement entouré d'ouate et mis au repos. La nuit se passa bien et le lendemain matin j'eus la satisfaction de

constater, et l'absence persistante de douleurs, et le retour de la sensibilité et de la chaleur normales.

La circulation artérielle pouvait donc être considérée comme rétablie, malgré quelques fourmillements avec vague sensation d'engourdissement du membre, et la non perception des battements de la pédieuse que je ne pus retrouver que plusieurs mois après.

Le malade dut garder le lit plusieurs semaines, à cause d'une poussée albuminurique peut-être attribuable à de petites embolies rénales, et d'une polyarthrite goutteuse secondaire. Quand il put se lever, ses deux membres inférieurs étaient d'égale force, et c'est à peine si, pendant quelque temps encore, il ressentit, dans celui qui avait été atteint d'embolie, de très légères douleurs. Il a retrouvé la santé et l'activité qu'il avait antérieurement.

Le massage paraît agir en morcelant l'embolie, et en favorisant son cheminement ; il aide à l'établissement de la circulation collatérale, en empêchant la formation des caillots secondaires.

IV

(*Séance du 13 novembre*). — M. CHAUFFARD a soumis un malade atteint de cirrhose alcoolique du foie avec ascite, au régime déchloruré et à la chloruration ; voici ce qu'il a observé :

Il s'agissait d'un homme de 38 ans, grand buveur, déjà assez cachectique, ayant eu 8 ponctions depuis octobre 1902 ; les trois dernières, à des intervalles assez rapprochés, avaient donné 16 litres de sérosité ; il avait été soumis jusqu'alors au régime lacté ; il présentait une circulation veineuse collatérale de l'abdomen très développée, un œdème considé-

nable des membres inférieurs ; le foie paraissait petit après les ponctions, la rate un peu grosse.

Du 12 octobre au 5 novembre, le malade est soumis au régime déchloruré suivant : décoction de seconde écorce de sureau, 1.500 grammes, lactose, 50 grammes, viande crue 150 grammes, pommes de terre 350 grammes, beurre 80 grammes, triscuits, deux.

Les urines augmentent ; le poids, qui, par le fait de la ponction, était tombé à 76 kgr. 400, remonte rapidement à 79 et 80 kilos, puis oscille pendant cinq jour autour de ce chiffre, se tient pendant trois jours autour de 81 kilos., descend à 80 kgr. 200. En somme en 11 jours, l'augmentation de poids n'avait été que de 4 kilogrammes.

Le 22 et le 23 octobre, on ajoute au régime, 10 grammes de chlorure de sodium.

Le 23 et le 24, les urines diminuent de volume, pour remonter les jours suivants où le chlorure de sodium est supprimé ; le poids augmente progressivement jusqu'au 31 octobre, où il atteint 83 kgr. 200.

Le 31 octobre, la distension abdominale est considérable, ponction, qui donne 18 litres.

Voici, en somme, les résultats donnés par le régime déchloruré.

L'ascite s'est reproduite un peu plus lentement (8 jours entre la 7^e et la 8^e ponction, 19 jours entre la 8^e et la 9^e ponction).

Il y a désaccord entre l'augmentation de poids 6 kgr. 800, et le chiffre de 18 litres obtenus par la ponction. Cela s'explique, par la *disparition* complète des œdèmes des membres inférieurs et du scrotum.

Ce résultat montre que l'œdème des cirrhotiques peut avoir son évolution propre, et ne pas être une simple con-

séquence mécanique de l'ascite.

Il est à remarquer aussi que la chloruration du malade a été néfaste, ayant amené une diminution des urines et l'augmentation du poids (3 kilos en trois jours).

Il faut ajouter que le malade, supportant mal le régime déchloruré, a été remis au régime lacté, et que, sous l'influence de ce régime l'augmentation de poids est revenue très rapide (15 kilos pour 6 kilos), et que l'ascite et les œdèmes se sont reproduits simultanément.

V

MM. WMAL, FROM et DIGNÉ rendent compte de leurs recherches sur la *chloruration et le régime déchloruré chez les cardiaques*.

Voici les effets de la chloruration chez cinq malades. Après un repos et le régime lacté pendant plusieurs jours, on faisait prendre 10 à 15 grammes de chlorure de sodium par jour.

Chez trois de ces malades, cette chloruration a paru sans aucune influence sur les œdèmes, bien plus, leur poids a continué à diminuer.

Chez deux autres, au contraire, l'influence mauvaise de la chloruration a été constatée ; chez l'un des deux, atteint d'œdème et d'ascite, l'augmentation de poids a été très rapide, d'un kilo par jour environ.

Le régime déchloruré composé de pain, de viande, de pommes de terre, de beurre sans sel, appliqué chez quatre cardiaques, a laissé le poids stationnaire, ou ne l'a fait diminuer que dans de faibles proportions.

VI

MM. VAQUEZ et LAUBRY, ont fait des recherches analogues chez les cardiaques, et voici les résultats :

La *chloruration*, ou simplement un régime ordinaire contenant un excès de sel, est toujours dangereux chez les cardiaques, amenant tantôt des œdèmes, tantôt simplement des troubles fonctionnels, tels que : dyspnée, vomissements ou insomnie.

C'est probablement à la forte quantité de sel qu'il contient normalement (12 gr. par litre) que le bouillon est ordinairement mauvais pour les cardiaques.

Le régime *déchloruré*, paraît avoir un effet favorable moins net que dans le mal de Bright. Il rend cependant d'importants services dans la période d'asystolie aiguë, passagère, et peut être substitué, sans inconvénient, et souvent avec avantage, au régime lacté. Il est encore plus utile comme ration d'entretien, lorsque le malade, entrant dans une période de calme, retrouve son appétit et réclame une alimentation plus substantielle.

Dans les asystolies chroniques, il peut aussi rendre service, surtout en permettant au malade de se reposer du lait quelquefois mal supporté.

VII

M. LAFITTE publie plusieurs observations de *diabète* très améliorées par l'*opothérapie pancréatique* :

Mon père et moi nous employons ce traitement depuis neuf ans avec des avantages réels ; j'ai publié des observations dans l'*Art médical*, en 1895, et mon père va publier dans le même journal, une série d'observations très pro-

bantes. Nous employons le pancréas sous forme de solution glycinée, préparée suivant la méthode de Brown Sequard.

M. Lafitte fait ingérer le pancréas de mouton cru et conseille de le manger le plus près possible de la mort de l'animal, et a remarqué qu'il agissait ainsi beaucoup mieux qu'au bout d'un jour et même au bout de quelques heures.

Nous sommes heureux de voir confirmer nos observations par un auteur qui n'en a probablement pas eu connaissance, bien que nous ayons publié une note à ce sujet, à la Société de Biologie.

VIII

(Séance du 20 novembre). — MM. MERKLEN, POULIOT et HARLAY, ont étudié un certain nombre de cardiaques au point de vue de leurs éliminations hydriques et chloruriques, et concluent qu'il existe deux types très distincts au point de vue du pronostic, le type hyperchlorurique, avec polyurie, et le type hypochlorurique, avec oligurie.

L'*hyperchlorurie avec polyurie*, s'observe dans deux catégories de cas. Elle est la forme régulière de la diurèse critique qui met fin à l'asystolie avec œdèmes : c'est une hyperchlorurie de rétention. Elle se retrouve chez certains asystoliques sans œdème, et chez les gros mangeurs : c'est une hyperchlorurie de pléthore.

M. Merklen fait remarquer que cette polyurie hyperchlorurique qui met fin à une crise d'asystolie, n'est pas toujours très facile à provoquer. Quelquefois, le repos, le régime lacté, la digitale et la théobromine n'agissent pas, et on doit préalablement préparer leur action par des émissions sanguines ou des purgatifs. M. Merklen se trouve bien, sou-

vent, de commencer le traitement par une diète mitigée, associée à la théobromine : toutes les deux heures, on donne à la malade un verre à bordeaux contenant un tiers de lait et deux tiers d'eau, ce qui fait environ un demi-litre de lait et un litre d'eau pour les vingt-quatre heures. Il est rare, qu'au bout d'un à deux jours, l'œdème ne diminue pas, en même temps qu'apparaissent la polyurie et l'hyperchlorurie. La quantité du lait est alors progressivement élevée à un litre, un litre et demi, au maximum deux litres, et on y associe l'alimentation hypochlorurée : œuf à la coque sans sel, pommes de terre en robe de chambre sans sel, riz cuit à l'eau et fruits cuits.

L'hypochlorurie avec oligurie, lorsqu'elle n'est pas passagère, est toujours un signe pronostique grave.

D^r MARC JOUSSET.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

SUR LE MÉCANISME DE LA MORT A LA SUITE DE L'ENTRÉE DE
DE L'AIR DANS LES VEINES, par M. FRANÇOIS FRANCK.

A une époque où l'on préconise de plus en plus l'administration des médicaments par injections veineuses, il est utile de rappeler la possibilité et le mécanisme d'un accident qui peut entraîner la mort du malade. Si les chirurgiens sont moins préoccupés qu'autrefois des accidents causés par l'introduction de l'air dans les veines au cours d'une opération, c'est que, grâce à la régularité de la respiration chez les opérés, complètement anesthésiés, et aussi à la rapidité

avec laquelle les pinces hémostatiques sont appliquées sur les vaisseaux ouverts, ces accidents sont extrêmement rares.

Mais il pourrait en être autrement dans le cas d'injection intra-veineuse, si on ne prenait pas les plus grandes précautions pour chasser l'air que peut contenir la seringue et son aiguille.

D'après M. Franck, l'air introduit en petite quantité passe habituellement inaperçu. Si la quantité d'air est plus importante, elle pénètre dans l'oreillette et le ventricule droit, distend ces cavités, se mélange au sang; une partie est projetée par le ventricule droit dans l'artère pulmonaire, une autre partie reflue dans les veines, grâce à l'insuffisance tricuspidiennne, rapidement produite par la dilatation du ventricule. Cette dernière partie pénètre dans la circulation cérébrale et y provoque des accidents. Une partie du sang reflue dans les veines coronaires cardiaques. Le sang, qui a pénétré le poumon, revient dans le ventricule gauche qui le projette, à son tour, dans la circulation générale. De ce conflit de courants sanguins spumeux résulte la suppression de la circulation dans l'encéphale et les accidents connus de l'anémie aiguë nerveuse centrale. Mais le phénomène le plus important c'est la mort du myocarde à la suite de la pénétration directe des bulles de l'air dans les artères coronaires, la mort du cœur amenant la mort générale (Séance du 11 juillet 1903).

MALADIE DES JEUNES CHIENS. VACCINATION, par M. PHISALIX.

Nous notons simplement le fait de la découverte d'un vaccin préservatif de la maladie des jeunes chiens. Cette question a un côté intéressant pour ceux qui s'occupent de la race canine.

**ACTION SUSPENSIVE DES COURANTS CONTINUS SUR L'INTOXICATION
PAR LA STRYCHNINE, par MM. CHARPENTIER et GUILLOZ.**

Il résulte, de ces expériences pratiquées d'abord sur des grenouilles, puis sur des cobayes, que ce dernier animal, grâce au courant continu de dix-milliampères, a supporté sans inconvénient l'injection sous-cutanée de 2 milligrammes de chlorhydrate de strychnine. Ce fait a son importance dans le traitement des empoisonnements par la strychnine.

**RECHERCHE SUR L'IMMUNITÉ NATURELLE DES VIPÈRES ET DES
COULEUVRES, par M. PHISALIX.**

Fontana, après avoir fait mordre des vipères entre elles, ou leur avoir inoculé du venin avec une lancette, formula cette proposition : « Le venin de la vipère n'est point un poison pour son espèce. »

Ce fait d'expérimentation reconnu par les hommes qui se sont le plus occupés de ces matières reste vrai dans les conditions posées par Fontana. L'immunité s'étend même à la couleuvre et probablement aussi à l'anguille, puisque le sérum de ces deux animaux a une action analogue au venin de la vipère.

Cependant, M. Phisalix est arrivé à envenimer et même tuer des vipères avec leur propre venin, mais en se plaçant dans des conditions spéciales : il injecte une très grande quantité de venin (25 fois la dose mortelle) ou bien l'introduit directement dans les centres nerveux. Ce qui permet de conclure, avec l'auteur, que « le venin de la vipère n'est pas un poison pour son espèce dans les conditions naturelles de l'inoculation ».

Nous trouvons, dans ce fait, une preuve nouvelle des différences d'action d'un même poison, suivant les doses et

surtout le mode d'introduction dans l'économie (Séance du 25 juillet 1903).

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE EXPÉRIMENTALE AU MOYEN D'ÉMULSION DE GANGLIONS TUBERCULEUX, par MM. RODET et GRANIER.

Cette technique n'a donné à ses auteurs que des résultats négatifs; aussi bien pour la guérison que pour l'immunisation de la tuberculose, et nous ne signalons ces expériences que pour éviter de nouvelles et stériles recherches.

Nous en dirons autant du traitement de la tuberculose par le sérum d'une chèvre ayant subi des inoculations de ganglions tuberculeux.

NOTE SUR LES CULICIDES DE FRANCE, DE GUYANE ET DE GRAND-BASSAM, par M. LAVERAN.

Les culicides de France. — M. Laveran rappelle que, dans un certain nombre de provinces d'Angleterre et de France, où la malaria a cessé d'exister, les anophèles (agents spéciaux de la transmission de la fièvre intermittente), continuent à vivre en grand nombre.

Il rapporte, d'autre part, que MM. Latapie, Breton et lui-même, n'ont trouvé aucun anophèle dans la Bresse et la Sologne, autrefois infectées de fièvre intermittente.

M. Laveran ne tire aucune conclusion de ces deux faits. Il en est cependant une qui s'impose : c'est que les progrès de l'hygiène, joints à l'assainissement du sol, sont plus puissants pour amener la suppression de la malaria que la destruction des anophèles, puisque ces derniers prospèrent dans les pays où la fièvre intermittente a disparu.

Les culicides de la Guyane française. — Le D^r Garnier, chef du service de santé de la Guyane, a envoyé de nom-

breux échantillons de culicides. Or, on ne trouve d'anophèles ni dans la ville de Cayenne, ni aux îles du Salut, ni à Saint-Jean. Quelques rares exemplaires d'anophèles se rencontrent au poste de Kourou et à Mana, encore ce sont des anophèles *argyrotarsis* et non l'anophèle *maculipennis*, habituel aux fièvres intermittentes.

M. Laveran ne trouve que cette réflexion mélancolique : « En raison de la gravité de l'épidémie palustre à la Guyane, je m'attendais à trouver des anophèles en plus grand nombre. »

Notre conclusion est plus nette : c'est que la fièvre intermittente peut sévir au plus haut degré, sans être transmise par des piqûres de mouches; c'est que la cause de la malaria est tellurique, et que la véritable prophylaxie de ce fléau consiste, non pas à tuer les anophèles, pas plus qu'à préserver les hommes des piqûres de ces insectes à l'aide de toiles métalliques, mais à assainir le sol par le dessèchement des étangs, l'écoulement des eaux et la culture.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA NATURE DU PARASITE DE LA CLAVELÉE, DE LA VACCINE ET DE LA VARIOLE, par M. Bosc.

Nous renvoyons à la lecture du mémoire de M. Bosc pour les détails et la description des protozoaires, qui constituent le parasite de la clavelée, de la vaccine et de la variole. Contentons-nous de dire que ce protozoaire évolue à peu près de la même manière pour les trois lésions, et qu'en résumé, ces trois parasites sont de même ordre, se reproduisent par division directe et suivant un stade à mérozoïtes (schizogonie).

OBSERVATION D'UNE PERSONNE RECONNAISSANT LES COULEURS
PAR LE TOUCHER, par M. ALFRED DUGUÈS.

Mlle Clotilde A., 22 ans, bien constituée, sans tare d'aucune sorte et n'ayant jamais eu d'affection nerveuse, demande qu'on lui bande les yeux d'un bandeau noir et que *quelqu'un lui prenne le pouls pendant toute la durée de l'expérience*. Voici comment la jeune fille décrit le phénomène : « Au bout de quelques minutes d'attente, je vois passer devant mes yeux comme un filet de gaz, et je sais alors que je puis sentir les couleurs. Quant j'en palpe une, en frottant légèrement du bout des doigts, cette couleur passe devant mes yeux et y reste en permanence pendant toute la durée du contact. »

L'expérience, commencée sur des papiers peints, le sujet reconnaît très bien le rouge, le bleu, le jaune; le vert est pris pour du bleu, l'orange pour du rouge; les places blanches sont nettement reconnues. Les couleurs sont également distinguées quand les papiers peints en rouge, bleu, or, jaune, sont introduits dans un tube de verre ordinaire; dans ce cas, le toucher est médiat. Enfin, le sujet lit par le toucher plusieurs mots tracés en couleur; « elle distingue donc les formes des couleurs ». Pendant l'expérience, on n'observe aucun trouble des mouvements respiratoires ou circulatoires; seulement quelques légères secousses spasmodiales de l'avant-bras et, à la fin de la séance, les mains fébriles et un peu humides.

Ces phénomènes présentent une véritable analogie avec la vue à travers les objets opaques et sans le secours des yeux, qui a été si souvent signalée dans l'hypnotisme (Séance du 17 octobre).

SUR LA CULTURE DES HUITRES PERLIÈRES ET LA PRODUCTION INTENSIVE DES PERLES FINES, par MM. DUBOIS et GIARD.

Deux communications ont été faites à la Société de Biologie sur le même sujet : la première par M. Raphaël Dubois (séance du 24 octobre), la seconde par M. Giard, au nom de M. Seurat (séance du 31 octobre).

M. Raphaël Dubois affirme qu'en plaçant des huîtres perlières (*margaritifera*), dans des milieux contaminés artificiellement, on arrive à la production forcée des perles fines vraies, qu'il ne faut pas confondre avec les perles de nacre, n'ayant aucune valeur. La communication de M. Dubois a surtout pour but d'établir ses droits de priorité sur une découverte analogue faite par M. Seurat, à Taïti. Cette question de priorité nous intéresse peu.

M. Giard, dans la séance du 31 octobre, a entretenu la Société des résultats obtenus par M. Seurat sur la production artificielle des perles fines, ces résultats sont contenus dans une lettre datée du 8 juillet. Ce naturaliste croit que la formation des perles chez l'huître est due à la présence d'un amphistome, qu'il n'a pu déterminer. D'après M. Giard, ces amphistomes seraient des scolex de Cestodes. D'autres savants ont trouvé le même ver dans les huîtres perlières de Ceylan. En terminant sa communication, M. Giard nous apprend qu'après le percement de l'isthme de Suez, l'huître perlière de la mer Rouge a envahi la Méditerranée, et que sa présence a été constatée au golfe de Gabès et à Malte.

Dans une seconde communication, M. Giard déclare que les moules produisent aussi des perles, sous l'influence d'un parasite. Ce phénomène aurait été surtout observé sur un banc de moules à Billiers (Morbihan).

INOCULATION INTRA-CRANIENNE DU BACILLE D'EBERTH ET DE SA
TOXINE, par M. VINCENT.

Nous trouvons ici un rapport entre l'action de la toxine typhoïde et celle du tétanos. La première, qui reste absolument stérile chez le cobaye et le lapin quand elle est injectée dans le tissu cellulaire, développe au contraire une action considérable, quand elle est déposée au contact des nerfs périphériques et surtout injectée dans l'encéphale, montrant, comme la toxine du tétanos, une affinité beaucoup plus grande pour le tissu nerveux que pour les autres tissus.

Quand on inocule dans un lobe antérieur du cerveau d'un cobaye, 1/10 ou même 1/20 de centimètres cube de culture typhique, les premiers symptômes apparaissent dans la première heure de l'expérimentation : le cobaye se ramasse en boule, les yeux à demi clos, il est agité de frissons incessants, la température s'élève de 40 à 41°; l'animal, dans la stupeur, est couché sur le flanc, en proie à quelques convulsions. Puis l'hypothermie se prolonge, s'accuse de plus en plus et la mort survient au bout de 24 à 36 heures.

A l'autopsie, la rate peut être noire et ramollie, les reins sont injectés, la vessie paralysée contient de l'urine albumineuse ; l'intestin vascularisé (sans tuméfaction), des plaques de Peyer renferme un liquide diarrhéique séreux et sanguinolent.

Dans le crâne, légère injection et signe d'inflammation autour de la piqûre.

M. Vincent conclut de ces expériences que l'action du poison éberthique, si peu actif dans les tissus ordinaires, devient au contraire extrêmement toxique par l'injection intracranienne. Il trouve même une certaine analogie entre les

symptômes produits par ces injections chez le cobaye et ceux de la fièvre typhoïde humaine. Remarquons cependant que chez l'animal, le processus morbide évolue en vingt-quatre ou trente-six heures.

Dans une autre communication, M. Vincent annonce qu'il a immunisé un lapin et un chien contre l'action des toxines typhoïdes en leur inoculant des cultures, chauffées à 60°. Le sérum de ces deux animaux est devenu très fortement agglutinant, et en même temps il jouissait de la faculté d'immuniser les animaux contre la toxine typhique, si on l'injectait dans le tissu cellulaire ou le péritoine. Mais cette immunisation devenait sans effet si l'injection de la toxine typhoïde était poussée dans le cerveau, parce que la substance immunisante qui circulait dans ces animaux vaccinés ne pouvait atteindre le poison directement injecté dans le cerveau. C'est par un mécanisme analogue qu'on explique l'impuissance de l'anti-toxine tétanique contre la maladie déjà développée. On pense que l'anti-toxine en circulation ne peut atteindre la toxine tétanique fixée sur le tissu nerveux.

SUR LES CULICIDES DE LA VILLE DE BÔNE ET DE SES ENVIRONS,
par MM. BILLETTE et CARPANETTI.

Ces messieurs ont constaté que le genre anophèle était inconnu à Bône où la fièvre intermittente devient de plus en plus rare, mais qu'au contraire, ces insectes deviennent très nombreux dans les environs où le paludisme est endémique; et ils concluent qu'il existe une relation évidente entre le paludisme et son intensité d'une part, l'existence et l'abondance des anophèles d'autre part.

Ces conclusions sont évidemment dues aux préjugés nés tout naturellement des affirmations de M. Laveran sur le

rôle des anophèles dans l'étiologie du paludisme. Nous sommes donc obligés de rappeler que des travaux nombreux, dus à des médecins compétants, ont établi que dans différents pays, notamment en France et en Angleterre, la malaria avait complètement disparu des régions où l'anophèle continuait à prospérer. D'un autre côté, des faits non moins nombreux témoignent que la fièvre intermittente est endémique dans les régions où l'anophèle est très rare, ou même complètement inconnue. Quelques pages plus haut, nous citons un travail de M. Laveran constatant que dans Cayenne, ville infestée de malaria, il n'existait pas d'anophèle. Il serait donc temps de redevenir sérieux, et de ne faire dire à l'observation que ce qu'elle contient bien réellement.

Ce qui montre encore à quel point les esprits les plus nets sont obscurcis par le préjugé, c'est la remarque suivante de nos auteurs : « A la fin du mois de juin et en concordance exacte avec l'apparition des premiers cas de paludisme, de véritables nuées de moustiques s'abattent sur le village. » Or, si, d'après la théorie, il faut environ quinze jours pour que l'anophèle transforme l'hématozoaire pris chez un malade et le rende propre à être inoculer, comment les moustiques, qui viennent de naître, peuvent-ils être la cause d'une épidémie de fièvre intermittente, qui prend naissance en même temps qu'eux ?

La même naïveté nous a été racontée, il y a environ deux ans, à la Société de Biologie, à propos de la fièvre intermittente de Diégo-Snorez.

Quand on prend du galon, on n'en saurait trop prendre !...

PERSISTANCE DE L'AUDITION COLORÉE, par M. CLAPARÈDE
(de Genève).

Cette note a quelques rapports avec celle que nous avons

déjà publiée sur la notion des couleurs par le toucher. Ce phénomène consiste dans le fait suivant : les sujets attachent une idée de couleur à des lettres, à des diphtongues, à des chiffres, à des jours de la semaine. Ainsi, pour l'un de ces sujets A est blanc, I bleu, O brun, U rouge, ON est noir ainsi que UN, Deux et Trois sont blancs, Quatre est rouge.

L'auteur remarque que les deux sujets, le frère et la sœur, âgées de 9 et de 6 ans, présentent, de temps en temps, quelques discordances dans leurs affirmations (Séance du 31 octobre).

LA CIRCULATION DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN,
par M. CATHELIN.

Le liquide céphalo-rachidien est un produit de nature toute spéciale, différant des autres liquides de l'économie et doué d'un mouvement de flux et de reflux. Ce liquide vient du sang et y retourne par l'intermédiaire de la circulation lymphatique. Il parcourt un cycle basé sur les preuves suivantes :

Preuve anatomique. — Ce liquide est le produit de la sécrétion des plexus choroïdes, c'est là son lieu d'origine, et le sang amené par les riches vaisseaux afférents est l'excitant de ces glandes. Ici, le canal excréteur manque et comme la sécrétion est interne et qu'il faut que ce liquide s'écoule, « il passe par les gaines périvasculaires, dites, à tort, lymphatiques, qui s'ouvrent dans le liquide, et qui, morphologiquement, ne ressemblent à rien de semblable dans l'organisme; c'est une adaptation à un système particulier; elles sont, entre les deux circulations céphalo-rachidiennes et lymphatiques, ce que sont les capillaires sanguins aux deux circulations artérielle et veineuse. »

Preuve physiologique (expérience de Sicard). — Une in-

jection de granulations d'encre de Chine, poussée dans le liquide céphalo-rachidien, tatoue en noir la pie-mère, et les ganglions de toute l'économie sont bourrés de granulations d'encre de Chine.

Preuves cliniques. — Elles sont nombreuses : on retrouve, dans le liquide céphalo-rachidien, l'iodure de potassium, le bleu de méthylène, le mercure, l'alcool, etc.

Preuve chirurgicale. — Un traumatisme pénétrant du rachis laisse écouler une quantité incroyable de liquide : il peut en couler souvent plus de deux et quatre litres en un jour, tout comme si une artère ou une veine était coupée.

Le schema est représenté : 1° Par les riches vaisseaux afférents aux glandes choroïdes (glandes sécrétoires);

2° Par le sac arachnoïdien qui n'est qu'un réservoir et non un canal sécréteur;

3° Par les gaines périvasculaires, par où le liquide se rend dans les lymphatiques périvertébraux, jusqu'à la citerne de Pecquet, pour de là regagner les vaisseaux sanguins par le canal thoracique (Séance du 17 octobre).

WAGNER.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SUR LE MUGUET ET SES PRINCIPES ACTIFS

(Séance du 24 juin. — MM. POUCHET et CHEVALIER ont étudié le muguet et ses principes actifs; ils ont expérimentés séparément l'action de la convallamarine et celle de la convallarine, et voici les résultats obtenus :

La convallamarine est un toni-cardiaque; son action sur

le cœur de grenouille montre un ralentissement et une augmentation notable des battements cardiaques.

Avec des doses faibles, on assiste à un ralentissement et à un affaiblissement progressif, avec un arrêt brusque du cœur en systole.

Avec de fortes doses, on assiste, après la période d'augmentation d'amplitude, à des irrégularités du cœur qui meurt également brusquement. Après la mort du cœur, les muscles sont encore excitables et les mouvements réflexes s'accomplissent encore facilement.

L'étude de la circulation et de la pression sanguine chez le chien nous montre, avec des doses faibles, un ralentissement des battements cardiaques avec baisse de pression sanguine et ralentissement de la respiration.

A doses plus fortes et mortelles, on voit survenir une augmentation énorme des battements cardiaques et une baisse de la pression sanguine. La respiration est fortement touchée et une dyspnée intense s'établit.

L'augmentation du nombre des battements cardiaques se maintient jusqu'à la période prémortelle, mais la tension continue à baisser progressivement jusqu'à la mort qui arrive brusquement.

L'arrêt du cœur se fait en systole; le cœur est dur, inexcitable, la respiration qui est devenue superficielle à la période prémortelle continue encore quelque temps après la mort du cœur.

Nous voyons donc que la convallamarine ralentit les battements du cœur, augmente leur énergie, mais n'augmente pas, comme on l'avait annoncé, la pression sanguine; au contraire, elle l'abaisse légèrement. L'arrêt du cœur se fait en systole et non en diastole, comme on l'avait annoncé.

La convallarine paraît, au contraire, rentrer dans le groupe

des saponines. Elle possède une action irritante tout à fait particulière, mais surtout à l'état frais; car, extraite par les méthodes chimiques ordinaires, elle perd une grande partie de ses propriétés et agit seulement comme purgatif drastique et comme irritant du rein.

L'action irritante de la convallarine sur le cœur se manifeste très nettement sur le tracé par un ralentissement des battements du cœur, une augmentation d'énergie et une baisse passagère de la pression. La respiration est également très ralentie, quelquefois même elle a des tendances à s'arrêter.

A la suite de cette période, due à une action locale, on voit survenir une légère augmentation du nombre des contractions cardiaques avec augmentation de tension..

Des convulsions apparaissent rapidement, elles se voient très nettement sur le tracé respiratoire.

Le cœur meurt en diastole, gorgé de sang. La respiration s'arrête après la mort du cœur.

L'étude de la plante entière a été faite avec un suc préparé d'une façon spéciale, sans le secours de la chaleur et par la seule action de dissolvants neutres à l'abri de l'air pour éviter toute altération.

Un cc. de ce suc correspond exactement à 1 gramme de plante fraîche. Il contient, par kilogramme, 2 gr. 25 de convallamarine et 1 gr. 40 de convallarine.

Cette préparation est deux fois plus active et deux fois plus toxique que les extraits du muguet employés d'ordinaire. Avec ce suc, nous avons constaté les phénomènes suivants. L'action sur le cœur se traduit, à doses faibles, par un ralentissement et une baisse légère de la pression sanguine. A doses plus fortes, au contraire, on voit survenir une augmentation du nombre des contractions cardiaques,

une augmentation de l'énergie systolique et une augmentation de la pression sanguine. En même temps, on constate un ralentissement des mouvements respiratoires avec augmentation notable de l'amplitude. Puis, le nombre des battements cardiaques augmentant toujours, on voit une baisse de pression s'établir en même temps que se manifeste de la dyspnée. Surviennent alors des irrégularités, des faux pas du cœur, des chutes brusques de pression, et le cœur meurt brusquement pendant que la respiration superficielle continue encore quelques instants.

Le cœur meurt en diastole, gorgé de sang, et non en systole comme avec la convallamarine.

L'action de la convallarine dans ce produit est très nette. Elle se traduit par l'augmentation de pression et surtout par l'action que cette substance exerce sur le rein. En effet, dans toutes les expériences, la diurèse est très marquée et à l'autopsie on trouve toujours une congestion rénale considérable.

Le suc est obtenu par une méthode générale applicable à toutes les plantes à principes actifs énergiques. Dans ce suc, les principes actifs sont dans le même état que celui dans lequel ils se trouvent dans la plante fraîche, et n'ont subi aucune modification.

Nous croyons que ces sucs qui se conservent pendant plusieurs années sont appelés à rendre des services en thérapeutique et à remplacer les teintures, alcoolatures, extraits.

Un certain nombre de ces sucs sont en ce moment à l'étude dans les services de MM. les D^{rs} Albert Robin et Vaquez, et nous espérons d'ici peu pouvoir présenter à la Société les résultats thérapeutiques obtenus à l'aide de ces préparations.

Dans la discussion qui a suivi, M. HUCHARD, parlant de

la spartéine, pense qu'il y aurait lieu de faire une étude semblable sur la *spartéine*, dont il n'a pas constaté l'action toni-cardiaque.

Pour M. MANQUAT, la spartnéie n'a aucune action dans les cardiopathies et agit remarquablement comme toni-cardiaque dans le cas d'asthénies cardiaques des maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde.

M. MATHIEU confirme cette opinion et ajoute que l'infusion de fleurs de genêt est très diurétique chez les cardiaques.

D^r MARC JOUSSET.

BIBLIOGRAPHIE

LA NÉVRALGIE SYPHILITIQUE DU TRI-JUMENT.

M. le D^r Herrouet vient de publier un travail très intéressant sur ce sujet (1).

La névralgie syphilitique du tri-jumeau n'a été signalée que dans ces dernières années. En 1879, MM. W. Hammond et Austie ont indiqué la syphilis comme une cause assez fréquente de névralgie du tri-jumeau ; MM. Ménétrel (1894), et Frénel (1900), ont démontré l'existence de névrites syphilitiques.

Dès 1888, le professeur Fournier insiste sur la fréquence des névralgies syphilitiques, surtout du trijumeau ; il indique la branche sus-orbitaire comme la plus souvent atteinte ; ensuite, le nerf maxillaire supérieur, puis le maxillaire inférieur ; il distingue la névralgie secondaire assez fréquente, éphémère, mobile, à exa-

(1) Thèse de Paris, Ch. J. Rousset.

cerbations nocturnes, cédant facilement au traitement mercuriel, et la névralgie tertiaire, à siège plus fixe, plus tenace et plus rebelle au traitement.

Dans l'étude étiologique et symptomatique, nous conserverons cette division, qui nous paraît bien naturelle.

NÉVRALGIE SECONDAIRE. — C'est au moment de la roséole qu'on observe fréquemment des phénomènes douloureux dans la sphère de la V° paire, en même temps que des névralgies intercostales et sciatiques ; c'est surtout chez les sujets alcooliques qu'elle se montre. La ponction lombaire n'a donné qu'un peu d'hypertension du liquide; pas de lymphocytose.

Cette névralgie doit être recherchée, car, dans la majorité des cas, elle disparaît au milieu des autres symptômes et le malade n'accuse qu'une céphalée frontale, avec élancements, coups de marteau, paroxysmes survenant au cours d'une pesanteur continuelle. Cette céphalée survient vers trois heures de l'après-midi, persiste pendant la nuit et disparaît le lendemain matin. Au milieu de la nuit, la céphalée est intense, s'accompagnant de rêves, de cauchemars et peut empêcher le sommeil.

La névralgie du trijumeau, qui accompagne ou cause cette céphalée, est ordinairement double; elle siège aux points sus-orbitaires et surtout au niveau du nerf auriculo-temporal, au point où celui-ci s'anastomose avec le facial, avant de monter vers la région temporale, en avant de l'oreille; les nerfs naso-lobaires, sous-orbitaires et mentonniers sont beaucoup moins souvent atteints.

NÉVRALGIE TERTIAIRE. — Elle peut survenir dans deux conditions très différentes, tantôt elle est causée par la compression du nerf à son émergence, ou sur son trajet, tantôt

c'est un accident tabétique; quelquefois, enfin, cette névralgie paraît causée par une action à distance d'une ulcération douloureuse du voisinage.

Névralgie par compression. — Les causes de cette compression sont diverses : gomme de la protubérance (Rühle); méningite scléro-gommeuse (Lancereaux); périostite de la face antéro-externe du rocher, au niveau de la fossette du ganglion de Gasser; gommès du tissu cellulaire rétro-oculaire; périostite du maxillaire supérieur; rhinites tertiaires avec destruction de la cloison. Cette névralgie, par compression, paraît plus fréquente chez l'homme que chez la femme, siège plus souvent à droite, atteint surtout les branches supérieures du trijumeau (ophtalmique et maxillaire supérieur), et ne s'observe guère qu'après 35 ans, de préférence de 40 à 60 ans. On la constate surtout aux périodes tardives de la maladie (10 à 20 ans après le chancre) et principalement chez les syphilitiques non traités.

Elle est bien localisée et tenace. La *douleur* se présente sous forme d'une céphalée continue, partant de l'arcade sourcillière, s'irradiant vers l'occiput, accompagnée de fourmillements de la face et de la tempe du même côté; elle est souvent intense, atroce, et peut s'accompagner de crises aiguës, comparables à des décharges électriques qui se font dans l'œil et la joue du même côté. La douleur a un maximum vespéral.

La *sensibilité objective* est toujours atteinte dans tout ou partie de la sphère du trijumeau (front, tempes, partie antérieure du cuir chevelu, cornée, face, nez, muqueuse buccale, voûte palatine, langue). Ces troubles existent du même côté que la douleur; ils sont rarement étendus à toute la sphère d'action du nerf, à moins d'une compression com-

plète. Tous les modes de la sensibilité sont atteints : les réflexes cutanés et muqueux sont abolis; on peut chatouiller la narine sans provoquer la moindre réaction de défense, le moindre éternuement.

Les *troubles trophiques* sont fréquents : on a signalé de l'herpès de la région fronto-temporale (Mac-Connell), de la carie dentaire et même la chute des dents, surtout au maxillaire supérieur (Milian).

La branche motrice du trijumeau peut participer aux troubles sensitifs de la grosse racine, et on peut constater de la *parésie des muscles masticateurs*, innervés par cette branche et amenant une difficulté de la mastication.

On peut observer, en même temps, la paralysie de la III^e, de la VII^e et de la VIII^e paires (ptosis, strabisme, paralysie faciale, surdité, etc.); on a signalé aussi une diminution de la sensibilité gustative (Rumpf); une anesthésie du territoire de la branche ophtalmique, avec œdème circumorbitaire, lié à une périostite de l'orbite (Rumpf); la kératite neuro-paralytique (Alexander).

On peut aussi observer simultanément des accidents cutanés ou muqueux, des gommes ou des syphilides ulcéreuses des lèvres, gommes de la nuque, perforation du voile du palais, etc.

Le liquide céphalo-rachidien présente de la lymphocytose qui ne paraît pas avoir des caractères différents de celle du tabès.

Néuralgie tabétique. — Cette néuralgie se rencontre assez fréquemment et peut s'accompagner de manifestations tabétiques variées; elle peut être une des premières manifestations de cette maladie.

La néuralgie tabétique du trijumeau n'atteint que la

branche sensitive; la branche masticatrice est toujours indemne. C'est, en réalité, une névrite.

Son début est quelquefois insidieux, cependant ce sont, le plus souvent, les douleurs qui ouvrent la scène. Ces *douleurs* se présentent sous deux formes : tantôt douleurs violentes, pongitives, permanentes, à exacerbations nocturnes, comme dans la névralgie syphilitique ordinaire; tantôt, véritables douleurs fulgurantes, traversant la face comme des éclairs, au niveau du front, de la bouche, de l'oreille, des dents, du maxillaire inférieur, du crâne; d'un seul ou des deux côtés.

Les territoires atteints sont par ordre de décroissance, la branche ophtalmique, le nerf maxillaire supérieur, le nerf maxillaire inférieur et le nerf lingual. Chacune de ces branches peut être atteinte isolément. Cette névralgie est assez souvent double.

Les troubles de la sensibilité sont la règle; l'*anesthésie tactile* est fréquente; anesthésie à la piqure; quelquefois thermo-analgésie.

Les *troubles trophiques* sont constants : bouffées de chaleur, montant au visage du côté atteint; quelquefois avec œdème passager; éruptions vésiculeuses ou bulleuses, surtout au niveau de la muqueuse buccale.

Un autre trouble trophique moins fréquent, mais plus grave, c'est la chute spontanée des dents, pouvant aboutir, dans les cas graves, au mal perforant buccal.

Dans la névralgie tabétique du trijumeau, la branche masticatrice est rarement atteinte. La forme localisée linguale est une des plus curieuses. « Un malade a été affecté, depuis dix-huit mois, d'une série de crises névralgiques affectant la langue dans sa moitié antérieure. Ce qu'il y a de remarquable, c'est, qu'en général, ces crises préludent

à des éruptions, se produisant sur la partie antérieure de la langue, cela sous forme de plaques lisses, non érosives (ne pouvant être confondues avec l'herpès). L'éruption établie, les douleurs se calment, mais pour reparaitre quelques mois plus tard, comme prodrome d'une éruption nouvelle. Ces douleurs sont soulagées chaque fois par le traitement spécifique, mais elles récidivent avec une opiniâtreté désespérante. Elles occupent exactement, je le répète, la moitié antérieure et surtout le tiers antérieur de la langue. Le malade les compare à un sentiment de brûlure continue, de tension sourde et pénible, soit à des traits de feu intermittents qui sillonnaient l'organe en divers sens (Fournier). »

La névrite tabétique du trijumeau est soit le symptôme initial du tabès, soit un symptôme précoce.

Elle s'accompagne de *lymphocytose* marquée du liquide céphalo-rachidien.

Névrалgie réflexe. — Il y a des névralgies syphilitiques tertiaires du trijumeau, qui paraissent être en rapport avec des ulcérations buccales, linguales, nasales ou laryngées très douloureuses.

Le **DIAGNOSTIC** des névralgies du trijumeau est généralement des plus faciles; la constatation des points douloureux suffira pour l'assurer.

Le diagnostic de la cause syphilitique est très important, parce qu'il évitera d'employer des traitements inutiles dans ces cas et de recourir d'emblée au traitement spécifique.

Les *névralgies de la période secondaire* seront assez faciles à reconnaître à cause des accidents syphilitiques concomitants.

Les *névralgies par compression* se reconnaîtront aux signes de syphilis cérébrale concomitants et aux paralysies

fixes (par ordre de fréquence, le nerf optique, le facial, le moteur oculaire commun, le moteur oculaire externe, l'auditif, l'olfactif et le pathétique), siégeant du même côté que la névralgie. La branche motrice, ordinairement atteinte, amène de la paralysie des muscles masticateurs; il y a souvent des accidents tertiaires concomitants.

Les *névrites tabétiques* devront toujours être présentes à l'esprit lorsqu'on se trouvera en présence d'une névralgie isolée du trijumeau. On devra y penser surtout lorsqu'il existera en même temps des paralysies oculaires; les autres symptômes du tabès pourront aussi se rencontrer, sauf lorsque la névralgie sera l'accident initial du tabès.

La *ponction lombaire*, en montrant une lymphocytose marquée du liquide céphalo-rachidien, viendra éclairer le diagnostic.

Le TRAITEMENT conseillé par le D^r Herrouet, est le traitement mercuriel, qui pourrait améliorer même la névrite tabétique. Il conseille principalement les injections de benzoate de mercure, continuées avec persévérance et d'après les règles habituelles.

Nous ajouterons l'usage de l'iodure à fortes doses. Autrefois, à la période tertiaire de la syphilis, l'iodure était le traitement classique et paraissait donner de bons résultats; la tendance actuelle le délaisse pour donner le traitement mercuriel; nous croyons le système du traitement mixte préférable.

En terminant, nous adressons au D^r Herrouet toutes nos félicitations pour sa thèse, dont nous avons donné un compte rendu assez complet, que ce très intéressant travail méritait.

D^r MARC JOUSSET.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

L'OVARITE CHRONIQUE, d'après le Professeur WINTERNITZ.

C'est aux Français, Baudelocque et Velpeau, qu'est dû le mode d'exploration bi-manuelle de la région ovarienne, le seul procédé permettant de constater que les ovaires possèdent le volume, la forme, la mobilité, l'insensibilité à la douleur, conditions qui font reconnaître ou exclure le diagnostic d'ovarite.

A la clinique de Tubingue, 1880-91, l'auteur constata que l'ovarite chronique atteignait une proportion de 10,5 %. Ohlhausen n'en trouva que 12 cas sur 900 malades ; Vedeler en trouva 1,3 % ; Fontana 4,75 %. Ces chiffres varient avec le genre d'occupation des femmes.

Etiologie.

Elle est due : 1° Aux influences perturbatrices de la menstruation ;

2° A l'accouchement et à ses suites ;

3° A la gonorrhée.

1° Les influences nocives agissent avant, pendant et après l'époque des règles. La plus fréquente est le froid, marche dans la neige, l'acte de s'asseoir sur l'herbe humide et froide. Puis les actions mécaniques, efforts, pression sur le ventre, le fait d'enlever de lourdes charges, ébranlement de l'abdomen par une chute, la marche dans de mauvaises routes, le voyage dans des voitures mal suspendues, l'usage du cheval, la danse, le travail des fabriques, où, dès l'âge de 14 à 16 ans, elles actionnent des machines avec leurs pieds, gardent longtemps la position debout. La machine à coudre est une cause fréquente de cette maladie. Souvent

la seule cause est la chlorose : les règles commencent par une douleur assez passagère, et l'écoulement s'arrête. Parfois, les douleurs continuent et la leucorrhée paraît. Au retour de la période, le mal redouble ; la menstruation commence à rester irrégulière et douloureuse ; les malades, en souffrance continuelle, deviennent nerveuses.

L'exploration bi-manuelle révèle l'état douloureux et hypertrophique des ovaires qui, souvent, se complique d'ectasie utérine, d'endo-métrite, péri-métrite ou d'ulcère.

Chez la femme chlorotique, la congestion et l'hyperhémie menstruelle sont trop faibles pour produire le déchirement d'un follicule de Graf. Si cet état se prolonge, il se fait graduellement une hyperhémie de l'utérus et des ovaires, une hypersécrétion des glandes et de la muqueuse intra-utérine. pouvant causer l'imbibition et le gonflement des ovaires, ou une endo-métrite, péri-métrite, état d'inflammation qui se propage aux ovaires malades et sans résistance.

2° L'accouchement ou l'avortement et ses suites : Cette opération, avec ses suites, peuvent produire l'ovarite ou y prédisposer.

Chez la femme en couches, un état infectieux peut s'étendre aux ovaires, qui arrivent à l'inflammation chronique. La propagation peut être inaperçue, insidieuse. L'accouchement, et surtout avant terme, prépare les ovaires à la maladie. L'avortement, surtout, avec ses négligences, et l'usage établi de ne pas prendre, après cet accident, le temps voulu de se soigner, et de favoriser l'involution normale de l'utérus et de ses annexes; de là, les déplacements, le relâchement et les hémorrhagies qui ouvrent la porte aux germes d'infection. Peu d'ouvrières gardent le repos de six semaines classique, et l'usage des visites aux accouchées est un sujet de fatigue pour le corps comme pour

l'esprit. La rétroflexion est un facteur des inflammations ovarienne et abdominale, ainsi que les ovaires mal placés et trop rarement nettoyés.

3° Gonorrhée :

Cette cause est évaluée à 12, même 18 % des cas. Elle est toujours secondaire. Le virus monte de la muqueuse utérine et l'oviducte jusqu'à l'ovaire. Ce sont les trompes qui constituent le terrain de développement foudroyant; l'ovaire n'est attaqué, souvent, qu'à la suite d'une péri-ovarite avec dépôts pathologiques importants. La moyenne des cas de gonorrhée sur l'ensemble des cas chroniques, serait de 10,2 %.

4° Les excitations sexuelles, coït interrompu, masturbation, continence forcée après les excès sexuels, excitations passionnées par des lectures, spectacles, sont des causes fréquentes, comme aussi les excès des jeunes mariés, la disproportion des organes entre les deux sexes, les rapports au moment des règles ou trop près de cette époque, sont causes prédisposantes.

5° Maladies infectieuses :

On a souvent constaté une métastase (analogue à celle de l'homme s'opérant sur le testicule) ,et allant de la parotide à l'ovaire; à la suite du typhus, du choléra, du rhumatisme, des exanthèmes aigus, une ovarite s'est produite. L'auteur se demande s'il ne peut pas, dans les cas d'hémorrhagie utérine, succédant à des accès de fièvre élevée dans le typhus et autres maladies infectieuses, voir une relation de cause à effet. Prochownik pense que, chez les sujets qui, avant les premières règles, ont souffert d'une infection aiguë, l'ovarite peut être rattachée à ces causes prédisposantes (typhus, scarlatine, etc.).

L'épidémie d'influenza de 1889-90 a produit des inflammations des ovaires, compliquant des affections d'autres

parties de l'abdomen. Les autopsies ont prouvé que la tuberculose pouvait attaquer les ovaires. Slavjanski a pu, à la suite d'intoxications par le mercure, l'arsenic et le phosphore, constater des ovarites. Duncan affirme que l'usage habituel des boissons alcooliques, même modéré, peut être une cause d'ovarite, et qu'une cirrhose alcoolique peut se produire sur l'utérus.

Anatomie pathologique.

Les recherches sont restées, jusqu'ici, encore bien incomplètes. L'auteur a examiné, à l'œil nu et au microscope, 6 cas obtenus par castration.

L'ovaire est, d'ordinaire, augmenté de volume, et sa surface irrégulière. A la coupe, on constate un épaissement de la tunique albuginée, et une hyperplasie de la conjonctive, qui a fait penser à Virchow et à Klebs, que l'ovarite était une cirrhose, dégénérescence granuleuse des organes. Rindfleisch parle d'une induration atrophique des organes. Outre l'hypertrophie du stroma conjonctif, on remarque une atrophie des follicules, et, comme dans l'estomac, les follicules de Graf s'atrophient primitivement. La tunique interne des vaisseaux s'épaissit, rarement la tunique moyenne, à ce point que la lumière du vaisseau est presque réduite à un point (endarterite oblitérante). L'ovaire normal se distingue par sa grande richesse vasculaire. On ne constate pas cette infiltration de petites cellules, résidu qui permet de constater l'inflammation d'une substance. L'exploration clinique permet de constater, par divers signes tels que la douleur, l'augmentation du volume, une ovarite chronique, tandis que l'étude anatomo-pathologique de l'organe opéré n'éclaire pas le diagnostic puisque plusieurs caractères des changements que produit l'inflammation font défaut.

Symptomatologie.

Les principaux symptômes que la malade présente à l'examen sont : douleur et hémorrhagie. Dans l'ovarite, la douleur est constante. Elle siège du côté malade, et aussi, quelquefois, du côté sain; dans l'ovarite double, elle existe des deux côtés ; la malade peut souvent lui assigner un point fixe et défini. Elle rayonne souvent en divers sens, surtout vers l'aîne (donnant l'idée d'un mal à la hanche), ou vers l'estomac, et souvent vers le bassin.

Fritz a souvent noté la douleur du pli de l'aîne, expliquée par la propagation du mal jusqu'au fascia du psoas, ou par la dislocation que l'action de ce muscle cause à l'ovaire, de sorte que tout mouvement de la jambe devient douloureux. La douleur est lancinante, d'autres la décrivent tiraillante, cuisante, percutante, comme s'il existait une plaie, ulcère un feu dans l'abdomen. La douleur se prolongeant, de lancinante, devient comme un poids dans le bas-ventre, comme si tout voulait descendre, et sentent le côté malade comme très gonflé (arg^{entum nitric.}, répond à ce symptôme spécial).

G. Heinh regarde un gonflement de la région abdominale, qui est immédiatement au-dessus du ligament de Poupert, comme un symptôme accompagnant l'ovarite chronique.

La douleur est variable dans son apparition et son intensité, augmentant plutôt pendant les règles, tantôt persistant, tantôt diminuant après leur production. La douleur, avant les règles, est caractéristique. On a prétendu que l'écoulement sanguin est en raison inverse de l'intensité des douleurs. Ce temps douloureux des règles est marqué par la crainte du mouvement, la céphalée intense, l'abattement, et, parfois, des vomissements. La face est blême, abattue, souffreteuse ; la mélancolie va jusqu'au dégoût de la vie.

Dans l'ovarite d'un seul côté, une période entre deux peut être indolore, lorsque c'est l'ovaire sain qui fonctionne. Le repos au lit calme la douleur de l'ovaire, que tout mouvement augmente. Elle peut aller, par sa violence, jusqu'à la syncope. Les rapports sexuels sont douloureux et toujours dangereux dans ces cas. La constipation est très fréquente ; l'irritation ovarienne étant due au voisinage d'une masse fécale dure, et les muscles abdominaux faisant effort d'expulsion ; quand c'est l'ovaire gauche qui est atteint, la fonction de défécation est une cause de grande fatigue ; l'émission des matières et des urines cause souvent du ténesme.

Entre les époques peut se produire un état douloureux, moindre, toutefois, que celui des époques. Dans beaucoup de cas, ces douleurs sont le résultat d'une pelvi-péritonite de voisinage, mais le péritoine ne joue là qu'un rôle secondaire, et la cause principale est dans l'ovaire. Cet état de douleur agit sur la périodicité ; les règles sont, le plus souvent, en avance, et à des intervalles très irréguliers, ou même disparaissent, puis sont remplacées par des hémorragies profuses. On a parlé d'endo-métrites ovariennes produisant des hémorrhagies secondaires, souvent alternées avec une leucorrhée profuse. Les règles sont rarement en retard, et elles durent de 8 à 10 jours. Beaucoup plus rarement, se produit la ménopause chez des sujets encore très jeunes ; on l'a observée chez une femme de 24 ans atteinte d'ovarite chronique avec pelvi-péritonite généralisée ; la cause était la gonorrhée, et l'utérus petit, atrophie. La fièvre est, dans ces cas très rares, peu marquée, un peu plus élevée au moment de la menstruation.

Participation du système nerveux.

Tous les signes d'affection nerveuse, jusqu'à l'hystérie

confirmée, peuvent compliquer l'ovarite. Mais des névroses accentuées peuvent exister sans affection des organes sexuels, et ceux-ci être atteints sans co-existence de névroses, et c'est dans l'hérédité qu'il faut surtout voir la cause de cette part variable que peut prendre le système nerveux dans l'état de ce genre de malades.

Marche, suite et terminaison.

Le début est souvent inaperçu avant l'affirmation d'un diagnostic positif, et le mal dure des mois, même des années; les désordres, hypertrophie, déplacement, sensibilité persistent; le traitement prolongé diminue souvent l'état douloureux. Quand le péritoine du bassin est touché, la douleur due à cette complication s'atténue, les ovaires gardent leur sensibilité, bien qu'amoindrie. Souvent, cependant, le mal envahit tout le bassin et arrive à attaquer l'autre ovaire, et cette propagation, qui s'opère lentement, a confirmé l'opinion de l'auteur que l'ovarite chronique peut être classée parmi les maladies d'infection. L'ovaire malade peut varier de volume suivant le stade de la fonction menstruelle, et c'est un élément confirmant le diagnostic.

On comprend que l'ovaire grossi, tombe, entraîné par son poids, dans l'espace de Douglas où il finit par contracter des adhérences et provoquer une péri-mérite, dont les dépôts, d'abord vasculaires, mous et extensibles, deviennent des sortes de cordes dures immobilisant de plus en plus les organes. Quelquefois, à la suite d'ovarite chronique, on a vu survenir des hémorrhagies persistantes et l'endo-mérite chronique hyperplasique, une leucorrhée abondante, corrosive, manque rarement. La stérilité n'est pas rare. Elle est observée chez les femmes atteintes d'ovarite avant qu'elles aient pu concevoir; si une grossesse a pu précéder l'ovarite, une seconde peut se produire. Si la ma-

ladio se prolonge, des symptômes concomitants et nerveux se produisent; le système nerveux tout entier y prend bientôt part, les organes deviennent presque tous douloureux, soit à la pression, soit après les repas, et surtout le matin et le soir; la douleur affecte des formes variées; il y a anesthésie ou hyperesthésie de la vulve, vaginisme, strangurie, ténésme, tous phénomènes où les branches des plexus lombaire et sacrés jouent un rôle. De l'abdomen, les douleurs peuvent rayonner en tous sens. L'estomac et le cœur, surtout les organes desservis par le nerf vague et le sympathique, sont le siège de divers symptômes nerveux. (Dyspepsie nerveuse, dysphagie, cardialgie, folie du cœur, toux, crises d'asthme, globe hystérique, irritation spinale, avec névralgie intercostale et mastodynie.)

Les formes graves d'hystérie sont rares, mais, à la longue, les malades deviennent plus ou moins nerveuses. La dépression fait suite à la nutrition défectueuse, et alors le peu de succès du traitement plonge les malades dans le désespoir. La castration, elle-même, ne peut calmer les douleurs nerveuses de cette origine quand elles sont bien enracinées.

L'hystérie ovarique de Charcot n'a rien à faire avec l'ovaire lui-même, mais doit être regardée comme une maladie de cause centrale.

La guérison intégrale et sans récurrence peut se produire, bien que rare; les malades présentent des hauts et des bas pendant toute la durée de l'activité de leurs ovaires, qui ne cessent qu'à l'arrivée de l'atrophie de l'organe et des tissus voisins. La suppuration est rare, 10 fois sur 245 cas.

L'abcès se produit avec des phénomènes tumultueux, élévation de température, et peut faire issue dans les organes voisins, avec diminution de l'intensité des douleurs. L'issue

n'est jamais mortelle; la guérison complète est rare, l'amélioration s'obtient par le traitement persistant dans les cas anciens, quand les conditions matérielles sont favorables. La continence est de rigueur pour qu'on arrive à l'amélioration. La gonorrhée est un facteur étiologique nuisible. Les accidents nerveux peuvent survivre à la cause qui les a provoqués. L'ovarite chronique peut souvent préparer le terrain aux kystes de l'ovaire.

Traitement :

Quand la maladie est bien constatée, le repos absolu au lit s'impose, et bien observé il amène la guérison de cas réfractaires à de longs traitements sans cette précaution. Puis il faut évacuer régulièrement l'intestin, et faire les enveloppements humides de Priessnitz, qu'on change toutes les heures et demie ou deux heures, et agissent en calmant, l'inflammation, la douleur, et facilitant la résorption; il faut les faire loin de la période.

A l'intérieur, *Secale cornutum* durcit l'utérus, le rend plus résistant et moins gros, et détruit souvent les flexions de cet organe. Il peut aussi agir sur les annexes dont il diminue l'hyperhémie (ovaires, ligaments larges). Les selles même, sous l'influence de *Secale*, redeviennent régulières.

Noeggerath a donné *Aurum natr. chloratum* de 2 à 3 milligrammes par jour, deux fois, et après 3 à 8 semaines, à obtenu une diminution manifeste de l'organe.

Le massage, après la disparition de l'inflammation, vient à bout des adhérences et dissocie les exsudats. (*Allg. homoop. Zeitung*, 5-19 novembre 1903.)

D^r PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

LE BIODURE DE MERCURE DANS LA DIPHTÉRIE.

Voici comment M. Weichselbaum applique cette médication :

Après avoir donné un purgatif mercuriel dès le début du traitement, il administre aussi souvent qu'il est nécessaire :

Biiodure de mercure	0,053 gr.
Iodure de potassium	0,212 »
Eau	3,82 »

Dissoudre, puis ajouter :

Sirop d'acide iodhydrique pour faire 120 grammes.

V à X gouttes sur la langue toutes les vingt minutes, jour et nuit. (*Bull. de therap.*, 8 septembre.)

Nos lecteurs reconnaîtront facilement, dans ce traitement, une application de la loi de similitude; la dose se rapproche du reste des nôtres, chaque dose de X gouttes représentent environ 1 dixième de milligramme de biiodure de mercure.

TRAITEMENT DU CANCER PAR L'ADRÉNALINE.

M. Fiessinger cite les deux observations suivantes qui sont en faveur de cette indication :

Nous avons deux observations qui remontent à plusieurs mois, un cancer de l'utérus et un cancer du sein. Du premier, nous n'avions pas parlé dans notre article du 21 mars, car nous attendions des nouvelles. C'était une femme opérée à Lyon pour un cancer de l'utérus, ablation totale en 1901; l'opération avait été incomplète; on avait laissé craindre une récurrence fatale et rapide. En 1900 et 1902, cette malade est sou-

mise par nous au traitement quinique et nous lui donnons de la levûre de bière : à savoir, cinq jours de suite un cachet de 0,25 de chlorhydrate de quinine avant déjeuner et dîner; les cinq jours suivants, une cuillerée à café de levûre de bière, puis revenir à la quinine cinq jours et ainsi de suite pendant un mois. Interrompre ensuite ce traitement cinq jours et reprendre. En 1902 (septembre), adjonction au traitement de l'adrénaline : à savoir 5 à 10 gouttes de la solution au 1/1.000 à prendre au lever et au coucher, les jours où est prescrite la levûre de bière, celle-ci absorbée avant les repas. La malade continue de se porter à merveille.

Une autre malade, opérée trois fois à quelques semaines d'intervalle d'un cancer du sein, qui repullulait immédiatement après chaque tentative opératoire, grâce à ce traitement n'a plus vu sa tumeur réapparaître depuis sept mois. L'adrénaline à l'intérieur est supportée aisément; nous ne donnons pas plus de 5 à 10 gouttes avant déjeuner et dîner, et faisons alterner de cinq jours en cinq jours le remède avec la quinine. Il semble possible que cette méthode de traitement retarde l'évolution du processus cancéreux.

Nous nous demandons même si elle ne pourrait pas être utilisée avant tout traitement chirurgical. D'emblée les malades sont confiés aux chirurgiens. Que ne leur fait-on subir préalablement un traitement médical de quinze jours ou de trois semaines, composé à la fois de l'adrénaline, de la quinine et de la levûre de bière ? Bien des choses sont à tenter dans cette voie. (*Journal des praticiens*, 25 avril.)

VARIÉTÉS

L'EGLISE ET LES LÉPREUX

La lecture des Evangiles montre combien le Christ affectionnait les lépreux; et les premiers chrétiens ont toujours considéré ces malades comme dignes de toute leur charité. Nous trouvons, dans la *France médicale*, du 10 novembre, sous la signature de l'abbé Sanson, l'histoire du cérémonial qu'employait l'Eglise au moyen âge, quand elle séparait les lépreux de la société. Nous reproduisons cet article presque intégralement :

« En Occident, nous pourrions recueillir aussi de précieux et touchants exemples de l'amour des chrétiens pour les lépreux. Voici quelques noms : la comtesse Sybille de Flandre, qui avait accompagné son mari Théodoric, dans la Terre Sainte, obtint comme une grâce de rester à Jérusalem, dans l'hospice de Saint-Jean-l'Aumônier, pour y soigner les lépreux. Saint Louis, on le sait, avait pour eux une amitié toute fraternelle. Henri III, roi d'Angleterre, visitait souvent leurs hôpitaux. Sainte Marie d'Oignies se consacra à leur service. Enfin, qui ne sait les beaux exemples d'Elisabeth de Hongrie et aussi le sublime dévouement de sainte Catherine de Sienne ? Et sainte Odile d'Alsace, et sainte Judith de Pologne, et saint Edmond de Cantorbéry, n'ont-ils pas été des miracles d'amour pour les pauvres lépreux ?

« En un mot, l'Eglise se déclare toujours l'amie et la protectrice des lépreux; mais sa charité était prudente. Elle prit d'abord des moyens efficaces pour empêcher une

contagion si funeste (1). « Qu'on ait une très grande com-
 « passion pour les malheureux, disent les Pères du Concile
 « de Lavour (2), qu'on les embrasse avec une charité fra-
 « ternelle, les infortunés qui, par l'ordre de Dieu, sont
 « rongés de la lèpre; mais, comme cette maladie est conta-
 « gieuse, voulant prévenir le danger, nous ordonnons que
 « les lépreux soient séquestrés du reste des fidèles, qu'ils
 « n'entrent dans aucun lieu public, les églises, les marchés,
 « les places, les hôtelleries; que leur vêtement soit uni, leur
 « barbe et leurs cheveux rasés; ils auront une sépulture
 « particulière, et porteront toujours un signal auquel on
 « puisse les reconnaître. »

« Le soin des lépreux était spécialement confié aux évê-
 ques (3). Le pape Grégoire II ordonna à saint Boniface de
 ne point priver les fidèles lépreux de la divine Eucharis-
 tie (4). On ne voulait pas leur ôter même toutes les consola-
 tions humaines. Un lépreux n'était pas séparé de sa femme;
 ce lien intime du mariage était regardé comme aussi indis-
 soluble que l'union sacrée et mystique du Christ et de
 l'Eglise (5).

« Le cérémonial de la séparation des lépreux était parti-

(1) Tant cette affreuse maladie paraissait mystérieuse et inac-
 cessible à la science humaine.

(2) Concilium Vaurense, canon 21. Lavour, aujourd'hui sous-
 préfecture du Tarn.

(3) Troisième concile de Lyon, année 583, canon 6. Pour les
 conciles et les lettres des papes, voir la collection du P. Labbé,
 jésuite.

(4) Epistola XIII, cap. X. Le concile de Worms, année 868,
 canon 31, prescrit la même chose. On traitait comme les lépreux
 ceux qui étaient atteints du mal royal.

(5) Décret du pape Alexandre II. Une lettre de ce pape à l'évê-
 que de Lincoln nous apprend que l'on donnait des coadjuteurs
 aux curés qui étaient atteints de la lèpre.

culièrement touchant. Voici quelques détails puisés aux meilleures sources. Nous les donnerons au fur et à mesure.

« Le prêtre, après avoir célébré la messe *pro infirmis*, mettait un surplis et une étole; il donnait de l'eau bénite au lépreux; puis il le conduisait à la léproserie. Il l'exhortait en bonne patience et charité, en l'exemple de Jésus-Christ et des saints (1) :

« Mon frère, cher pauvre du bon Dieu, pour avoir à souffrir moult tristesse, tribulation, maladie, meselerie et autre adversité du monde, on parvient au royaume de Paradis, où il n'y a nulle maladie, ni nulle adversité, mais sont tous purs et nets, sans ordures et sans quelconque tâche d'ordure, plus resplendissants que le soleil, où que vous irez, si Dieu plaît; mais que vous soyez bon chrétien, et que vous portiez patiemment cette adversité, Dieu vous en donne la grâce ! car, mon frère, telle séparation n'est que corporelle; quant à l'esprit, qui est le principal, vous serez toujours autant que vous fûtes oncques et aurez part et portion à toutes les prières de notre mère sainte Eglise, comme si personnellement étiez tous les jours assistants au service divin avec les autres. Et quant à vos petites nécessités, les gens de bien y pourvoiront, et Dieu ne vous délaissera point. Seulement prenez garde et ayez patience : Dieu demeure avec vous. Amen (2). »

(1) Reginald, archevêque de Reims, défend de donner à cette cérémonie un appareil funèbre. Cette précaution est remplie de délicatesse. Les lépreux étaient plutôt séparés au nom de l'obéissance, par humilité et prudence, comme on le verra par ce qui va suivre. Il ne devait donc y avoir rien de funèbre dans leur séparation.

(2) Ancien manuscrit de Saint-Albin d'Angers, publié par D. Martène, *De antiquis Ecclesiarum ritibus*, t. III. Rituel de Reims, publié en 1585, qui contient toute la dernière partie de cette allocution.

« C'est après cette allocution consolante que le prêtre avait à remplir la partie pénible de son ministère: le moment était venu de prononcer les terribles défenses légales que nous prenons dans le même Rituel, au nombre de douze:

« 1° Je te défends que jamais tu n'entres en église ou
« moustier, en foire, en moulin, en marchier, ni en con-
« pagnie de gens;

« 2° Je te défends que tu ne vois point hors de ta mai-
« son sans ton habit de ladre, afin qu'on te connaisse et que
« tu ne vois point deschaux;

« 3° Je te défends que jamais tu ne laves tes mains et
« autre chose d'entour toi en rivage, ne en fontaine, ne que
« tu ne boives; et si tu veux de l'eau pour boire, puise en
« ton baril et en ton escuelle;

« 4° Je te défends que tu ne touches à chose que tu mar-
« chandes ou achètes, jusqu'à tant qu'elle soit tienne;

« 5° Je te défends que tu n'entres point en taverne. Si
« tu veulz du vin, soit que tu l'achètes ou que on te le donne,
« fais-le entonner en ton baril;

« 6° Je te défends que tu ne habites à autre femme que la
« tienne;

« 7° Je te défends que si tu vas sur les chemins, et tu
« encontres aucune personne qui parle à toi, tu te mettes
« au-dessous du vent avant que tu respondes:

« 8° Je te défends que tu ne vois point par étroite
« ruelle, afin que tu encontres aucune personne, qu'elle ne
« puisse pis valoir de toi;

« 9° Je te défends que si tu passes par aucun passaige,
« tu ne touches point au puits, ne à la corde, si tu n'as
« mis tes gants;

« 10° Je te défends que tu ne touches à enfans, ne leur
« donne aucune chose;

« 11° Je te défends que tu ne boives, ne manges à autres vaisseaux que aux tiens; »

« 12° Je te défends le boire et le mangier avec compaignie, sinon avec mesaux. »

« Les défenses légales une fois prononcées, le prêtre prenait avec sa main un peu de la terre du cimetière, et il disait en la répandant sur la tête du malade : « Meurs au monde, renais à Dieu... » Et le malade répondait : « O Jésus, mon rédempteur, vous m'avez formé de terre, vous m'avez revêtu d'un corps; faites-moi revivre au dernier jour (1). »

« Combien ces paroles devaient être pénibles pour un homme qui avait vécu au milieu de la société, et qui voyait ainsi ses plus chères affections rompues et ses plus nobles espérances détruites, on le comprend aisément. Aussi le lépreux restait sans mouvement, sa vie semblait disparaître. Cette cérémonie, en effet, revêtait quelque chose de la placidité du trépas chrétien, et cependant, comme nous l'avons vu, on ne devait pas lui donner une apparence funèbre.

« Le peuple, de son côté, chantait les paroles suivantes : « Tous mes os ont été agités, *omnia ossa conturbata sunt*; « mon âme a été troublée, *turbata est anima mea* »; le chant joyeux de l'Alleluia, par sentiment de profonde humilité, terminait cet aveu d'agitation et de trouble.

« Le prêtre lisait ensuite l'évangile des dix lépreux, puis, après avoir béni l'habit du malade, et le pauvre mobilier de la léproserie (2), il lui présentait ainsi chaque chose :

« En lui donnant l'habit que l'on appelait Housse, il disait :

(1) *Ex rituali Ecclesiæ catalaunensis*. D. Martène, t. III, p. 542, in-4°.

(2) D. Martène. *De antiquis Ecclesiæ ritibus*, t. III, p. 536.

« Mon frère, recevez cet habit, et le vestez en signe d'humilité, sans lequel désormais je vous défends de sortir hors de votre maison, au nom du Père et du Fils et du saint Esprit. »

« En lui donnant le baril :

« Prenez ce baril pour recevoir ce qu'on vous donnera pour boire, et vous défends, sous peine de désobéissance, de boire aux rivières, fontaines et puits communs, ni de vous y laver en quelque manière que ce soit, ni vos draps, chemises, et toutes autres choses qui auraient touché votre corps. »

« En lui donnant la cliquette (1) :

« Prenez cette cliquette, en signe qu'il vous est défendu de parler à personne, sinon à vos semblables, si ce n'est par nécessité, et si vous avez besoin de quelque chose, la demanderez au son de cette cliquette, en vous tirant loin des gens et au-dessous du vent. »

« En lui donnant les gants :

« Prenez ces gants, par lesquels il vous est défendu de toucher chose aucune à main nue, sinon ce qui vous appartient, et ne doit venir entre les mains des autres. »

« En lui donnant la pannetière :

« Recevez cette pannetière pour y mettre ce qui vous sera élargi par les gens de bien, et ayez souvenance de prier Dieu pour vos bienfaiteurs. »

« Ce n'est pas tout. Voici encore une liste des objets mobiliers d'un lépreux, pour la tradition desquels il n'y avait pas de cérémonie particulière, si ce n'est une bénédiction préalable.

« Un lépreux devait avoir « une tartarelle, des souliers.

(1) Le mot cliquette, féminin, passa au mot cliquet, masculin, dont on a fait loquet. Glossaire de Ducange, au mot *Cliquetis*.

« des chausses, une robe de camelin, une housse, un cha-
 « peron de camelin, deux paires de drapeaux, un baril, un
 « entonnoir, une courroie, un coutel, une escuelle de bois, un
 « lit étoffé de coutte, un coussin et une couverture, deux
 « paires de draps de lit, une hache, un écrin fermant à clef,
 « une table, une selle, une lumière, une paille, une aiguière,
 « des escuelles à mangier, un bassin, un pot à mettre cuire
 « la chair. » Tous ces objets grossiers étaient également
 bénits et sanctifiés par les prières de l'Eglise.

« Le prêtre, prenant le lépreux par son vêtement, l'in-
 troduisait alors dans sa cellule. Il disait : « Voici mon re-
 « pos à jamais, je l'habiterai; elle est l'objet de mes dé-
 « sirs (1). »

« Puis, en face de la porte, on plantait une croix de bois
 à laquelle on attachait un tronc pour recevoir l'aumône que
 le pèlerin fidèle déposait en échange des prières du malade
 solitaire. Le prêtre le premier y déposait son offrande, tout
 le peuple suivait son exemple.

« Après cette cérémonie mêlée d'une profonde tristesse
 et d'une grande espérance surnaturelle, les fidèles retour-
 naient à l'église précédés de la croix. Alors tous se pros-
 ternaient, et le prêtre, élevant la voix, criait vers Dieu cette
 touchante prière (2) : « O Dieu tout-puissant, qui, par la
 « patience de ton fils unique, as brisé l'orgueil de l'antique
 « ennemi, donne à ton serviteur la patience nécessaire pour
 « supporter pieusement et patiemment les maux dont il est
 « accablé. Amen. » Tout le peuple répondait : « Amen. »

(1) *Rituale Ecclesiæ Catalaunensis.*

(2) Rituel de Reims, 1885. On lit, dans ce même rituel de
 Reims, que, pour les funérailles d'un lépreux, on ne devait pas
 chanter la messe des confesseurs : « Nec debet dici missa : os
 justi meditabur sapientiam, ut pro confessore, quemadmodum
 hactenus fieri solebat in aliquibus locis. »

« Voilà comment un lépreux était séparé de la société. Heureux s'il possédait la vertu et la résignation ! Dans tout le pays on le considérait comme très élevé en perfection. Exilé sur la terre, privé de tous les charmes et de toutes les joies qui embellissent la vie commune, manquant de tous les appuis humains qui la soutiennent, l'état habituel de lépreux était une humble et douce tristesse.

« Au Moyen âge, on honorait un lépreux comme un confesseur de la foi; on donnait à ces hommes que le ciel consolait les noms les plus affectueux (1). L'ami souverainement fidèle, Jésus-Christ, et c'était là une bien douce croyance, n'abandonnait jamais le pauvre malheureux. Il lui faisait éprouver une joie silencieuse sans mélange de trouble, tant il est vrai, répétons-nous avec les chroniques du temps, « que le bonheur n'est que là où se trouve quelque chose du ciel ! »

(1) On les appelait les malades du bon Dieu, les chers pauvres du bon Dieu, les bonnes gens, etc. A Pâques seulement, les lépreux pouvaient sortir de leur tombeau ou cellule en mémoire de la résurrection de Notre-Seigneur Jésus-Christ.

NÉCROLOGIE

DOCTEUR BADIOLE

Nous apprenons la mort d'un des plus anciens représentants de l'homœopathie dans le Midi. Le D^r Badiolé père vient de mourir à Bordeaux, à l'âge de 74 ans. Disciple fidèle de Hahnemann, il a consacré sa longue existence à la propagation des doctrines de son maître. D'abord fixé à Tarbes, il vint ensuite habiter Bordeaux comme médecin consultant, et consacra toute son activité au service des pauvres dans le Dispensaire homœopathique. Aussi sa mémoire est-elle honorée par les nombreux clients qu'il a guéris et consolés durant sa longue existence.

Nous désirons que son fils puisse trouver, dans ce juste éloge, quelque consolation à son grand chagrin.

TABLE DES MATIÈRES

A	
<i>Abeilles</i> (les piqures d') contre le rhumatisme articulaire aigu.....	44
Académie de médecine (Compte rendu de l') <i>V. Jousset</i> .	
<i>Acide borique</i> (accidents dus à l').....	397
<i>Actinies</i> (venins des) thalacine pruritogène.....	57
Adénopathie axillaire (de l') au début de la tuberculose pulmonaire.....	135
<i>Adrenaline</i> traitement du cancer par l').....	464
Albuminurie (l') et l'admission dans la marine néerlandaise	318
Albuminuriques (usage du poisson chez les).....	313
Alcool et obésité.....	54
Allaitement (de l').....	361
Analésie localisée par la cocaïne.....	300
Anémie pernicieuse (cancer latent de l'estomac à forme d') avec anasarque.....	382
Angine de Vincent (présence du bacille de Lœffler dans certains cas d').....	50
Anophèle (sur une nouvelle espèce d') et sa nouvelle relation avec le paludisme... — (note sur les) de France, de Guyane et du Grand-Bassam.....	55 436, 441
Aphasie (coup de feu dans la région rolandique).....	304
Appendicite (opération précoce de l').....	157
— à évolution bénigne (leucocytose énorme dans un cas d').....	383
— (preuves de la curabilité des) sans opération.....	389
Appendicite (de l') dans l'armée	417
Artério-sclérose (sur l').....	307
Ascite (chloruration et déchloruration dans l'), 422,	428
<i>Aspergillus Niger</i> (de l'action empêchante des doses infinitésimales de nitrate d'argent sur la végétation de l')	81
Avortement (déclaration d').	235
B	
Bacille de Lœffler (présence du) dans certains cas d'angine de Vincent.....	50
— d'Eberth (inoculation intracrânienne du).....	440
BADIOLE (Dr). — Art. Nécrolog.	473
<i>Bains carbo-gazeux</i> (médication par les) et ses dangers	208
Bile de bœuf (préparation de l'extrait frais de).....	147
Biliaires (un procédé de recherche des pigments)....	73
— (la neurasthémie).....	198
— (origine) de la mélancholie	203
<i>Bleu de méthylène</i> (action du) sur l'entérite ulcéreuse des tuberculeux.....	69
— (le) dans le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse.....	73
Botryomycose (la).....	354
C	
Caféisme (le) dans les dermatoses.....	182
Cancer (influence des rayons Röntgen sur le).....	155
— de l'estomac à forme hépatogangréneuse.....	145
— latent de l'estomac à forme d'anémie pernicieuse avec anasarque.....	382
— mélanique primitif du foie	95
— — de la face.....	222

— du sein (Un cas de) guéri par les rayons X.....	401	<i>Cryogénine</i>	398
— (traitement du) par l'adrénaline.....	464	D	
Cardiaque (le réflexe) d'Abrams; ses applications au diagnostic et au traitement.	490	Déclaration obligatoire des maladies.....	129
Cardiopathies artérielles (la médication hypotensive dans la présclérose et les)	262	Diabète (opothérapie pancréatique dans le).....	431
Catatonie et stupeur.....	218	Diphthérie (le bi-iodure de mercure dans la).....	464
<i>Cedron</i> (qu'est-ce que le)...	388	Doses infinitésimales (démonstration <i>ad oculos</i> de l'effet des).....	67
Cellulite gommeuse pelvienne simulant une tumeur maligne du petit bassin, chez un hérédosyphilitique.....	165	— — (de l'action empêchante des) sur la végétation de l' <i>aspergillus niger</i>	81
<i>Cenopia</i> (action physiologique et thérapeutique du).....	53	Dysenterie épidémique (la)...	393
Céphalo-rachidien (circulation du liquide).....	443	Dysménorrhée (extrait thyroïdien contre la).....	397
Chancres syphilitiques (multiplicité des).....	191	— (le permanganate de potasse dans la).....	186
Chlorose (relations de la) avec la fonction ovarienne.....	400	Dyspepsie (thérapeutique de la).....	406
Chloruration et déchloruration dans l'ascite de cause cirrhotique et cardiaque, 422	428	E	
— (la) et le régime déchloruré chez les cardiaques, 430,	431	<i>Eau oxygénée</i> (l') comme moyen épilatoire.....	76
<i>Chlorure de sodium</i> (de l'action du) sur le rein.....	275	— potables (des) dans les garnisons.....	419
— (phlegmatia alba dolens des typhiques et diminution du).....	304	Embolie artérielle (traitement de l') par le massage.....	426
Cirrhose hépatique tuberculeuse expérimentale.....	50	Endocardite chronique.....	179
— (la splénomégalie avec)...	221	— à staphylocoques au cours d'une grossesse avec début de tuberculose, guérie par le collargol.....	196
— (péritonite tuberculeuse ayant simulé une).....	377	— ulcéreuse traitée sans succès par les injections intra-veineuses de collargol....	376
Clinique de l'hôpital St-Jacques.....	19, 95,	Entérite ulcéreuse des tuberculeux (action du bleu de méthylène sur l').....	69
<i>Cocaïne</i> (analgésie locale par la).....	300	Entéro-colite muco-membraneuse (le bleu de méthylène dans le traitement de l')...	73
<i>Collargol</i> dans les endocardite ulcéreuses.....	196	Epilepsie jacksonnienne (du traitement chirurgical de l').....	60
Conduit auditif (un procédé pratique d'extraction des corps étrangers du).....	396	Estomac (cancer de l') à forme hépato-gangréneuse.....	145
Conférence faite au Cercle Catholique du Luxembourg	5	— (traitement de l'ulcère de l').....	278
Congrès de chirurgie de la Société allemande.....	59	— (cancer latent de l') à forme d'anémie pernicieuse avec anasarque.....	382
Coqueluche (médications récentes de la).....	286	— (de l'ulcère externe de l')..	414

F		Hyposystolie mitrale (traite- ment de l').....	282
Fièvre typhoïde, forme ataxi- que, symptômes de ménin- gite.....	19	I	
Filaire de Médine (note sur un cas de) et sur un nou- veau mode d'extraction de ce parasite.....	139	Incontinence nocturne d'u- rine (injection d'air dans le tissu cellulaire présacré comme moyen de traite- ment de l').....	74
Foie (cancer mélanique pri- mitif du).....	95	Injectons intra-veineuses (technique des).....	312
G		Insuffisance (de l') rénale....	342
Gangrène du membre infé- rieur par phlébite.....	136	Iode (action de l') sur le tissu lymphoïde.....	52
Gastrotomie pour l'extrac- tion de vingt-sept corps étrangers.....	414	J	
Gélatine (la) comme hémos- tatique.....	71	JOUSSET (P.). — Conférence faite au Cercle catholique du Luxembourg.....	5
Glycogène (traitement de l'hyperchlorhydrie par le)	149	— Clinique de l'hôpital Saint- Jacques.....	19, 95, 179
Glycosurie et hypophyse....	310	— Contagion de la phthisie....	36
Grossesse (des indications médicales à l'interruption de la).....	134	— Les piqures d'abeilles contre le rhumatisme arti- culaire aigu.....	41
H		— La vaccination antirabique à l'Institut Pasteur.....	79
Hémophiles (emploi des pré- parations ovariennes à titre d'hémostatique chez les)..	225	— De l'action empêchante des doses infinitésimales de nitrate d'argent sur la végétation de l' <i>Aspergillus</i> <i>niger</i>	81
Hémorrhagies (injections de sérum physiologique dans les grandes).....	156	— Prophylaxie de la tuber- culose.....	99
— méningée (diagnostic dif- férentiel de l') et de la ménin- gite cérébro-spinale.....	384	— Compte rendu de l'Acadé- mie de médecine, 129, 298	361
Hernies (cure radicale des) par les injections de para- fine.....	457	— La prédisposition définie et l'hérédité morbide à pro- pos de la théorie du plasma germinatif de Weissmann	161
— ombilicale étranglée.....	68	— Le spiritisme devant la science.....	241
Héroïnisme chez un asthma- tique.....	210	— La médication hypoten- sive dans la pré-sclérose et les cardiopathies arté- rielles.....	262
HERROUET. — La névralgie sy- philitique du trijumeau....	448	— De l'action du chlorure de sodium sur le rein.....	275
Homœopathie (une chaire pour l').....	229	— De l'insuffisance rénale...	342
— (l') pratiqué par les allo- pathes.....	211	— Thérapeutique de la dys- pepsie.....	406
Hyoscine (traitement du mor- phinisme par l').....	392	JOUSSET (M.). — Compte rendu de la Société médicale des hôpitaux... 44, 136, 190, 375	422
Hyperchlorhydrie (traitement de l') par le glycogène....	149	— Compte rendu de la Société	
Hypophyse et glycosurie....	310		

de thérapeutique, 147, 204	444	Névralgie (la) syphilitique du trijumeau	44
— Le caféisme dans les dermatoses.....	182	O	
— Traitement de l'ulcère de l'estomac.....	278	Obésité de (l').....	61
— Médications récentes de la coqueluche.....	286	— (alcool et).....	54
— La botryomycose.....	354	Orteils (sur un cas de dissociation du phénomène des)	57
— Preuve de la curabilité des appendicites sans opération	389	Ostéomalacie (ablation de l'utérus et de ses annexes comme moyen curatif de l')	369
— La névralgie syphilitique du trijumeau (art. bibliog.)	448	Otite moyenne sèche (les insufflations d'ozone contre l')	217
L		Ourlienne (la pancréatite)...	194
Lépreux (l'Eglise et les)	466	Ovarienne (relation de la chlorose avec la fonction).....	400
Leucocythose énorme dans un cas d'appendicite à évolution bénigne.....	383	— (emploi des préparations) à titre d'hémostatique chez les hémophiles	225
Liqueurs à essence (discussion sur les)	138	Ovarite chronique.....	455
M		Ozone (les insufflations d') contre l'otite moyenne chronique sèche.....	217
Macaronis et confitures.....	158	P	
Maison Saint-Luu (Compte rendu annuel)	240	Paludisme (nouvelle espèce d'anophèle et ses relations avec le)	55
Maladie de Paget (la) et la syphilis héréditaire tardive.	301	— (prophylaxie du) par la quinine.....	370
Médicaments (action des) pendant la vie intra-utérine...	215	<i>Pancréatique</i> (opothérapie) dans le diabète.....	431
Médication hypotensive (la) dans la présclérose et les cardiopathies artérielles...	262	Pancréatite ourlienne (la)....	194
Mélancholie (origine biliaire de la).....	203	Paralysie générale tabétique (des rémissions spontanées au cours de la).....	317
Mémorial de thérapeutique homœopathique	262	<i>Pernanganate de potasse</i> dans la dysménorrhée.....	186
Méningite dans la fièvre typhoïde.....	19	<i>Phosphate de créosote</i> (phosphotal) dans les tuberculoses associées.....	204
— cérébro-spinale (diagnostic différentiel del'hémorrhagie méningée et de la).....	384	Pêcheurs d'éponges (la maladie des).....	78
<i>Mercur</i> (le biiodure de) dans la diphtérie.....	464	Péritonite tuberculeuse ayant simulé une cirrhose alcoolique.....	377
Microbes (les) invisibles	412	— (la) à pneumocoques.....	59
MONDAIN. — Un cas de cancer du sein guéri par les rayons X.....	401	Peste (la) à Berlin.....	77
Morphinisme (traitement du) par l'hyoscine.....	392	— (sérothérapie de la).....	395
Moustiques (piqûres de).....	392	Phlébite (gangrène du membre inférieur par).....	136
<i>Muguet</i> (sur le) et ses principes actifs.....	444	Phlegmatia alba dolens des typhiques et le régime hypochloruré.....	304
N			
Nanisme ancestral et familial.	298		
Neurasthénie biliaire (la)...	198		

Phthisie (contagion de la). 36	123	dans les sténoses laryngées	314
— (sur la pathogénie de la). 221		— antitétanique (trois cas de tétanos guéris par les injections rachidiennes de).....	375
PICARD. — Revue de la presse allemande, 61, 211, 307, 387,	455	— gélatiné (tétanos consécutif aux injections de).....	366
Prédisposition définie (la) et l'hérédité morbide à propos de la théorie du plasma germinatif de Weissmann.	161	— physiologique (injections de) dans les grandes hémorrhagies.....	156
Pyohémie; pleurésie purulente interlobaire.....	194	— de Trunczek (le) comme moyen de traitement du rhumatisme blennorrhagique.....	319
Q		SIEFFERT. — La dynamisation des venins de serpents.....	32
Quarantaines (des).....	372	— La loi de similitude et l'action médicamenteuse interprétée d'après les lois de Pflüger et de Ritter Valli....	321
Quinine (prophylaxie du paludisme par la).....	370	Similitude (la loi de) et l'action médicamenteuse interprétées d'après les lois de Pflüger et de Ritter Valli.....	321
R		Société médicale des hôpitaux (Compte rendu de la), V. Jousset (Marc).	
Rabique (le virus) traverse la bougie Berkefeld.....	58	Société de biologie (Revue de la), V. Wagner.	
Radium.....	387	Société de thérapeutique (compte rendu de la) V. Jousset (Marc).	
Rage (la) dans l'Afrique du Sud.....	153	Sommeil (trois nègres du Congo atteints de la maladie du).....	299
Rayons Röntgen (influence des) sur le cancer.....	155	Spiritisme (le) devant la science.....	241
— (un cas de cancer du sein guéri par les).	401	Splénomégalies (les) métaboliques.....	109
Rénale (de l'insuffisance)....	342	— avec cirrhose du foie.....	221
Rhumatisme articulaire aigu (les piqures d'abeilles contre le).....	41	Strychnine (action suspensive des courants continus sur l'intoxication par la)..	435
— blennorrhagique (le sérum de Trunczek comme moyen de traitement du).....	319	Stupeur (catatonie et).....	218
Rougeole (accidents consécutifs aux injections préventives de sérum antidiphthérique chez les enfants atteints de).	44	Surrénale (la médication) dans le traitement de l'atonie vésicale.....	223
— (le signe de Kœplik dans la). 391		Syphilide nigricante.....	139
S		— pigmentaire généralisée chez l'homme.....	138
Saturnin (tatouage) de la muqueuse buccale).....	426	Syphilitiques (cellulite gommeuse pelvienne simulant une tumeur maligne du petit bassin chez un hérédo —)	165
Scarlatine (de la rechute dans la).....	410	— (multiplicité des chancres).	191
Sclérose diffuse sous-muqueuse du gros intestin....	379		
Sérothérapie de la peste....	395		
Sérum antidiphthérique (accidents consécutifs aux injections préventives de) chez les enfants atteints de rougeole).....	44		
— (propriétés du).....	56		
— (le), son mode d'action et les limites de son activité			

Syphilis héréditaire tardive (la maladie de Paget et la).....	301	Typhoïde (fièvre) ataxique... ..	19
— (la) communiquée à un singe anthropoïde....	305,		
— (du suicide dans la)....	369		
		U	
T		Ulcère de l'estomac (traitement de l').....	278
TESSIER (J. P.) — Mémorial de thérapeutique homœopathique (article bibliographique).....	226	— (de l') externe de l'estomac ..	414
Tétanos (du) consécutif aux injections gélatinés.....	366	Utérus (ablation [de l'] et de ses annexes comme moyen curatif de l'ostéomalacie....	369
— (Trois cas de) guéris par les injections rachidiennes de sérum antitétanique....	378		
<i>Thalacine</i> (de la) pruritogène venin des actinies.....	57	V	
Thérapeutique (la) <i>in extremis</i>	219	Vaccination antirabique (la) à l'Institut Pasteur.....	79 395
<i>Thyroidien</i> (extrait) contre la dysménorrhée.....	397	<i>Venin de vipère</i> (immunisation contre le) par les morsures de ce reptile.....	135
Toxine tétanique (recherches sur l'absorption de la).....	154	<i>Venins de serpents</i> (la dynamisation des).....	32
Tuberculeuse (cirrhose hépatique expérimentale).....	50	Veines (mécanisme de la mort à la suite de l'entrée de l'air dans les)	433
— (Péritonite) ayant simulé une cirrhose alcoolique....	377	Vésicale (médication surrénale dans le traitement de l'atonie).....	223
Tuberculeux (action du bleu de méthylène sur l'entérite ulcéreuse des)	69	Vipères (recherches sur l'immunité naturelle des) et des couleuvres.....	435
— (le régime alimentaire du)	450	Vitalisme et thérapeutique... ..	64
Tuberculose (rapports de la) de l'homme avec celle des bovidés.....	222	<i>Vive</i> (siège du venin chez la).....	56
— (prophylaxie de la).....	99		
— pulmonaire (de l'adénopathie axillaire au début de la).....	135	W	
— associées (le phosphate de créosote dans les).....	204	WAGNER. — Revue de la Société de Biologie.....	52, 433
— expérimentale (traitement de la) par l'émulsion de ganglions tuberculeux	436	— Congrès de chirurgie de la Société allemande.....	59
		— Contagion de la phthisie..	123
		— Congrès de chirurgie tenu à Berlin.....	154
		— Traitement de l'hyposystolie mitrale.	282
		— de la rechute dans la scarlatine.....	410
		— Les microbes invisibles, ..	412

Le Propriétaire-Gérant : P. JOUSSET.





UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 01483 6673



